

Recomendações aos pacientes submetidos a cirurgia bariátrica em relação à imunização contra o COVID-19

Recommendations for patients undergoing bariatric surgery regarding immunization against COVID-19

Recomendaciones para pacientes sometidos a cirugía bariátrica con respecto a la inmunización frente a COVID-19

Lincoln Agudo Oliveira Benito¹, Rosana da Cruz Lima², Margô Gomes de Oliveira Karnikowski³, Izabel Cristina Rodrigues da Silva⁴

Como citar: Benito LAO, Lima RC, Karnikowski MGO, Silva ICR. Recomendações aos pacientes submetidos a cirurgia bariátrica em relação à imunização contra o COVID-19. REVISA. 2021;10(2):220-3. Doi: <https://doi.org/10.36239/revisa.v10.n2.p220a223>

REVISA

1. Universidade de Brasília. Programa de Pós-Graduação em Ciências e Tecnologias e Saúde. Brasília, Distrito Federal, Brasil.

<https://orcid.org/0000-0001-8624-0176>

2. Hospital das Plásticas de Brasília. Brasília, Distrito Federal, Brasil.

<https://orcid.org/0000-0002-2881-1193>

3. Universidade de Brasília, Programa de Pós-Graduação em Ciências e Tecnologias e Saúde. Brasília, Distrito Federal, Brasil.

<https://orcid.org/0000-0002-5662-2058>

4. Universidade de Brasília, Programa de Pós-Graduação em Ciências e Tecnologias e Saúde. Brasília, Distrito Federal, Brasil.

<https://orcid.org/0000-0002-6836-3583>

Recebido: 18/01/2021

Aprovado: 28/03/2021

A obesidade (CID 10: E-66) se constitui enquanto doença crônica proveniente do acúmulo de tecido adiposo, relacionada ao índice de massa corporal (IMC) igual ou superior de 30, multifatorial, e também, com interação à fatores comportamentais, culturais, genéticos, metabólicos, sociais, econômicos e políticos.^{1,2} Segundo dados fornecidos pela *Organização Mundial da Saúde* (OMS) desde o ano de 1975, o problema da obesidade e da obesidade mórbida quase que triplicou em todo o mundo e, em 2016, cerca de 1,9 bilhão de pessoas adultas, que já se encontravam na faixa etária igual ou superior a 18 anos, estariam mais propensas a serem diagnosticadas com essa enfermidade.²⁻³

Para vários pesquisadores interessados a esta importante temática, a prevalência da obesidade cresceu muito fortemente nas últimas décadas, segundo alguns estudos, principalmente nos países que se encontram em processo de desenvolvimento, industrialização ou pós-industrialização.³⁻⁴

Inúmeras comorbidades estão associadas com esta questão de saúde pública, como por exemplo, a hipertensão arterial (HA), o diabetes mellitus (DM), a síndrome da apneia obstrutiva do sono (SAOS), a síndrome metabólica (SM), vários tipos de cânceres (CA), dentre outros, sendo a cirurgia bariátrica (CB) uma das principais formas de combate e controle a obesidade.^{1-5,16} Por outro lado, em dezembro de 2019, na província de Hubei na China, foi identificado por meio da realização de exames e de diagnóstico médico, um surto de pneumonia que se acredita ter sido desencadeada por meio de uma nova cepa de Coronavírus, sendo seu início detectado possivelmente junto a cidade de Wuhan, o que permitiu a sua disseminação de forma acelerada para pelo menos vinte e quatro (24) outras nações.^{6-7,12}

Já no dia 29 de dezembro do mesmo ano, uma instituição hospitalar localizada em Wuhan, admitiu para tratamento de saúde, o quantitativo de quatro (04) pessoas que receberam o diagnóstico de pneumonia, sendo reconhecido que as mesmas haviam desenvolvido atividades laborativas no Mercado Atacadista de Frutos do Mar de Huanan.^{7-9,12} Esse fenômeno foi efetivamente reportado pelo referido hospital ao Centro de Controle de Doenças (CDC-China), sendo que os epidemiologistas de campo da China (FETP-China), conseguiram por meio de seus esforços, identificar pacientes adicionais, que se encontravam vinculados ao incidente ocorrido no mercado de frutos do mar e, já em 30 de dezembro, as autoridades competentes em saúde, notificaram esse cluster ao CDC chinês.^{8,12}

Numa recente publicação, desenvolvida pela Federação Latino Americana das Sociedades sobre a Obesidade (*Latin American Federation of Obesity Societies*), foram analisadas as pandemias da obesidade e da COVID-19, além dos seus desdobramentos diretos e indiretos em várias nações.^{5,12} Hoje, dia 28 de fevereiro de 2021, se encontram registrados junto ao *Coronavirus Resource Center da Johns Hopkins University*, o universo de “113.894.300” casos globais registrados, sendo que, as dez (10) nações na atualidade que tiveram os maiores registros de casos foram os Estados Unidos com 25,1% (n=28.558.289), a Índia com 9,7% (n=11.096.731), o Brasil com 9,2% (n=10.517.232), a Rússia com 3,7% (n=4.182.788), a França com 3,3% (n=3.747.263), a Espanha com 2,8% (n=3.188.553), a Itália com 2,6% (n=2.907.825), a Turquia com 2,4% (n=2.693.164) e a Alemanha com 2,1% (n=2.448.135).¹⁰

Já quando analisado o quantitativo de óbitos por COVID-19 pelo mesmo portal de registro de casos de âmbito global, foi possível identificar que os Estados Unidos registraram a maior preponderância com 20,3% (n=512.181), seguindo pelo Brasil 10,1% (n=254.221), o México com 7,3% (n=185.257), a Índia com 6,2% (n=157.051), a Inglaterra com 4,9% (n=122.939), a Itália com 3,9% (n=97.507), a França com 3,4% (n= 85.741), a Rússia com 3,4% (n=84.700), a Alemanha com 2,8% (n=70.106) e a Espanha com 2,7% (n=69.142), respectivamente.¹¹ Desta forma, um dos principais mecanismos de combate e controle ao COVID-19, é por meio do processo de imunização, sendo essa importante estratégia aprovada no Brasil pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), por meio de uma decisão do uso emergencial, em caráter experimental de vacinas.¹²⁻¹³

Esse importante órgão nacional, relacionado ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS), foi criado pela Lei de número 9.782, de 26 de janeiro de 1999, e que, conforme o seu artigo terceiro (3º), a mesma se constitui enquanto uma autarquia sob regime especial, vinculada ao Ministério da Saúde (MS), com sede e foro no Distrito Federal (DF), de prazo de duração indeterminado e atuação em todo território nacional.¹⁴ Nesse sentido, outro importante documento a ser citado no presente contexto analítico, é a Portaria Ministerial de número 188, de 3 de fevereiro de 2020, que declara emergência em saúde pública de importância nacional (ESPIN), em decorrência da infecção humana pelo novo coronavírus (2019-nCoV).¹⁵

Assim, a literatura científica aponta que a obesidade mórbida é uma doença que aumenta o risco do desenvolvimento das formas graves da COVID-19, sendo indicada vacinação aos pacientes submetidos a cirurgia bariátrica (CB) pela Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (SBCBM).¹⁶

Desta forma, a SBCBM disponibilizou algumas recomendações para os pacientes submetidos a esse procedimento cirúrgico, objetivando contribuir para a contenção dos impactos desta enfermidade, sendo sugerida a imunização contra a COVID-19, caracterizada enquanto uma decisão individual e compartilhada com o cirurgião, além de enfatizar a utilização de máscaras e equipamentos de proteção individual (EPI), disponibilizando ainda, recomendações nutricionais e suplementação alimentar indicada pela equipe multidisciplinar.¹⁶

Ainda segundo a SBCBM, a obesidade e as enfermidades associadas, costumam ser potentes indicadores de risco para a ampliação da Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG), devendo as pessoas priorizarem a vacinação, manter os cuidados e desenvolverem ações para controle dessas enfermidades.¹⁶ Se recomenda ainda, o rigoroso acompanhamento médico destes pacientes, mesmo após a vacinação, além do controle do estado nutricional, realização de avaliação por um profissional periodicamente, a implementação de atividade física, acompanhamento emocional e psicológico, a higienização das mãos cuidadosamente e a utilização de álcool em gel.¹⁶

Nesse sentido, é reiterada a importância e a necessidade de vacinação de pessoas submetidas a CB, conforme os calendários e cronogramas estipulados para sua realização, respeitando os critérios estabelecidos pelos órgãos competentes, responsáveis pela organização e gerenciamento de todos os processos relativos a esta importante atividade em saúde. O combate e controle tanto da obesidade quanto do COVID-19, se constituem enquanto responsabilidade de toda a sociedade, objetivando reduzir os impactos destas “pandemias”, de suas comorbidades e destas importantes questões de saúde pública, fortemente identificadas na contemporaneidade.

Agradecimento

Essa pesquisa não recebeu financiamento para sua realização.

Referências

- 1 - Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. Obesidade e sobrepeso. O que é obesidade. Disponível em: [<https://abeso.org.br/conceitos/obesidade-e-sobrepeso/>]. Acesso em: 14 de fevereiro de 2021.
- 2 - World Health Organization. Home. Newsroom. Fact sheets. Detail. Obesity and overweight. Key facts. Disponível em: [<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>]. Acesso em: 14 de fevereiro de 2021.
- 3 - World Health Organization. Home. Newsroom. Fact sheets. Detail. Obesity and overweight. Key facts. WHO response. Disponível em: [<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesityandoverweight>]. Acesso em: 06 de fevereiro de 2021.
- 4 - Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. Obesidade e síndrome metabólica. O que é síndrome metabólica. Disponível em: [<https://abeso.org.br/conceitos/obesidade-esindrome-metabolica/>]. Acesso em: 14 de fevereiro de 2021.
- 5 - Halpern B, Louzada MLC, Aschner P, et al. Obesity and COVID-19 in Latin America: A tragedy of two pandemics—Official document of the Latin American Federation of Obesity Societies. *Obesity Reviews*. 2021; 22:e13165. doi: <https://doi.org/10.1111/obr.13165>.
- 6 - Peng X, Xu X, Li Y, Cheng L, Zhou X, Ren B. Transmission routes of 2019-nCoV and controls in dental practice. *Int J Oral Sci*. 2020;12(1):9. doi: <https://doi.org/10.1038/s41368-020-0075-9>.

- 7 - Zhu N, Zhang D, Wang W, et al. A novel coronavirus from patients with pneumonia in China, 2019. *N Engl J Med*, 2020. doi: <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2001017>.
- 8 - Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública - COE-COVID-19. Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus COVID-19. Brasília: MS. 2020. 24p.
- 9 - Perlman S. Another decade, another coronavirus. *N Engl J Med*. 2020; 382:760-762. doi: <https://doi.org/10.1056/NEJMe2001126>.
- 10 - Johns Hopkins University. Coronavirus Resource Center. Covid-19 Dashboard by the Center for Systems Science and Engineering. Global cases. Available in: [\[https://coronavirus.jhu.edu/map.html\]](https://coronavirus.jhu.edu/map.html). Access in: 28 february 2021.
- 11 - Johns Hopkins University. Coronavirus Resource Center. Covid-19 Dashboard by the Center for Systems Science and Engineering. Global deaths. Available in: [\[https://coronavirus.jhu.edu/map.html\]](https://coronavirus.jhu.edu/map.html). Access in: 28 february 2021.
- 12 - Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Relatório - Bases técnicas para decisão do uso emergencial, em caráter experimental de vacinas contra a COVID-19. Brasília: Anvisa. 2021, 27p. Disponível em: [\[https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/noticias-anvisa/2021/confirma-materiais-da-reuniao-extraordinaria-da-dicol/relatorio-bases-tecnicas-para-decisao-do-uso-emergencial-final-4-1.pdf\]](https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/noticias-anvisa/2021/confirma-materiais-da-reuniao-extraordinaria-da-dicol/relatorio-bases-tecnicas-para-decisao-do-uso-emergencial-final-4-1.pdf). Acesso em: 24 de fevereiro de 2021.
- 13 - Organização Pan-Americana da Saúde. Folha informativa COVID-19. Principais informações. Disponível em: [\[https://www.paho.org/pt/covid19\]](https://www.paho.org/pt/covid19). Acesso em: 28 fevereiro de 2021.
- 14 - Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999. Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, e dá outras providências. Disponível em: [\[http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19782.htm\]](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19782.htm). Acesso em: 24 de fevereiro de 2021.
- 15 - Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 188, de 3 de fevereiro de 2020. Declara Emergência em Saúde Pública de importância Nacional (ESPIN) em decorrência da Infecção Humana pelo novo Coronavírus (2019-nCoV). Disponível em: [\[https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-188-de-3-de-fevereiro-de-2020-241408388\]](https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-188-de-3-de-fevereiro-de-2020-241408388). Acesso em: 25 de fevereiro de 2021.
- 16 - Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica. Home. Notícias. Notícias Associados. Notícias Destaque. SBCBM recomenda aos pacientes bariátricos a vacinação contra o coronavírus. Disponível em: [\[https://www.sbcbm.org.br/sbcbm-recomenda-aos-pacientes-bariatricos-vacinacao-contra-o-coronavirus/\]](https://www.sbcbm.org.br/sbcbm-recomenda-aos-pacientes-bariatricos-vacinacao-contra-o-coronavirus/). Acesso em: 24 de fevereiro de 2021.

Autor de Correspondência

Lincoln Agudo Oliveira Benito
SEPN 707/907, Via W 5 Norte, Campus
Universitário. CEP: 70790-075. Asa Norte.
Brasília, Distrito Federal, Brasil.
lincolnbenito@yahoo.com.br

Cuidados de Enfermagem a um Adolescente com Nectólise Epidérmica Tóxica: Relato de Caso

Nursing Care of an Adolescent with Toxic Epidermal Necrolysis: A Case Report

Cuidados de enfermería prestados a un adolescente con nectólisis epidérmica tóxica: reporte de caso

Gabriela Maria Lara de Paulo¹, Ana Caroliny da Silva², Mykaella Cristina Araujo Margarida³, Carlos Matheus Pierson Colares⁴, Thainara Lorraine Costa e Silva Pereira⁵, Lais Lara Silva Xavier⁶, Lorena Morena Rosa Melchior⁷

Como citar: Paulo GML, Silva AC, Margarida MCA, Colares CMP, Pereira TLCS, Xavier LLS, Melchior LMR. Cuidados de Enfermagem a um Adolescente com Nectólise Epidérmica Tóxica: Relato de Caso. REVISA. 2021; 10(2): 224-8. Doi: <https://doi.org/10.36239/revisa.v10.n2.p224a228>

REVISA

1. Hospital Estadual de Urgências Governador Otávio Lage de Siqueira, Programa de Residência Multiprofissional em Urgência e Trauma. Goiânia, Goiás, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0002-6135-6858>

2. Hospital Estadual de Urgências Governador Otávio Lage de Siqueira, Programa de Residência Multiprofissional em Urgência e Trauma. Goiânia, Goiás, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0002-7257-7699>

3. Hospital Estadual de Urgências Governador Otávio Lage de Siqueira, Programa de Residência Multiprofissional em Urgência e Trauma. Goiânia, Goiás, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0002-4951-5246>

4. Hospital Estadual de Urgências Governador Otávio Lage de Siqueira, Programa de Residência Multiprofissional em Urgência e Trauma. Goiânia, Goiás, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0001-7663-8770>

5. Hospital Estadual de Urgências Governador Otávio Lage de Siqueira, Programa de Residência Multiprofissional em Urgência e Trauma. Goiânia, Goiás, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0002-3647-1678>

6. Hospital Estadual de Urgências Governador Otávio Lage de Siqueira, Programa de Residência Multiprofissional em Urgência e Trauma. Goiânia, Goiás, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0002-8015-2199>

7. Hospital Estadual de Urgências Governador Otávio Lage de Siqueira, Programa de Residência Multiprofissional em Urgência e Trauma. Goiânia, Goiás, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0002-8644-1784>

Recebido: 19/01/2020
Aceito: 29/03/2020

RESUMO

Objetivo: Relatar a assistência de enfermagem diante do caso de um adolescente com diagnóstico de Nectólise Epidérmica Tóxica (NET) internado em uma Unidade de Terapia Intensiva de Queimados. **Método:** Trata-se de um relato de caso sobre as intervenções de enfermagem realizadas em um adolescente com diagnóstico de NET, internado por um mês em 2020 na Unidade de Terapia Intensiva de Queimados de Goiás. As informações foram coletadas do prontuário do paciente. **Resultados:** Apresentamos práticas clínicas para auxiliar no manejo de pacientes com NET. O caso apresentado teve um desfecho positivo. **Conclusão:** Os cuidados de enfermagem são essenciais para o prognóstico positivo do paciente. Nesse caso, a enfermagem atuava principalmente no cuidado de feridas, administração de medicamentos, laserterapia e vigilância para prevenção de infecções.

Descritores: Nectólise Epidérmica Tóxica; NET; Cuidados de enfermagem; Queimadura.

ABSTRACT

Objective: To report nursing care facing a case of an adolescent diagnosed with Toxic Epidermal Necrolysis (TEN) hospitalized in a Burns Intensive Care Unit. **Method:** This is a case report on the nursing interventions performed on a teenager diagnosed with TEN, who was hospitalized for a month in 2020 at the Burn Intensive Care Unit in the state of Goiás. The information was collected from the patient's medical record. **Results:** We present clinical practices to assist the management of patients with TEN. The case presented had a positive outcome. **Conclusion:** Nursing care is essential for the positive prognosis of the patient. In this case, nursing acted mainly in wound care, medication administration, laser therapy and surveillance to prevent infections.

Descriptors: Toxic Epidermal Necrolysis; TEN; Nurse Care; Burns.

RESUMEN

Objetivo: Informar los cuidados de enfermería en el caso de un adolescente diagnosticado de Nectólisis Epidérmica Tóxica (TNE) ingresado en una Unidad de Cuidados Intensivos por Quemados. **Método:** Se trata de un relato de caso sobre las intervenciones de enfermería prestadas a un adolescente diagnosticado de TNE, hospitalizado durante un mes en 2020 en la Unidad de Cuidados Intensivos Quemados de Goiás, información obtenida de la historia clínica del paciente. **Resultados:** Presentamos prácticas clínicas para ayudar en el manejo de pacientes con TNE. El caso presentado tuvo un resultado positivo. **Conclusión:** El cuidado de enfermería es fundamental para el pronóstico positivo del paciente. En este caso, la enfermería trabajó principalmente en el cuidado de heridas, administración de medicamentos, terapia con láser y vigilancia para prevenir infecciones.

Descritores: Nectólisis epidérmica tóxica; NET; Atención de enfermería; Quemaduras.

Introdução

Necrólise Epidérmica Tóxica (NET) é um transtorno raro e sério, que leva a uma lesão mucocutânea aguda, geralmente, desencadeada por drogas, sendo associada a altas taxas de morbidade e mortalidade. O transtorno tem repercursões sistêmicas e clínicas pautadas na mudança nas membranas da pele e mucosas, que afetam mais de 30% da superfície corporal. Se a porcentagem for menor que 30%, o paciente é diagnosticado com Síndrome de Stevens Johnson (SSJ).¹⁻³

Da etiologia dessa condição, pode ser de infecções, mas é acreditado que a maioria dos casos - quase 80% - são induzidos por drogas. Pode-se desenvolver em uma ou duas semanas, mas também pode ser rapidamente, em 48 horas. A patogênese ainda não é compreendida, mas a pesquisa diz que a reação de hipersensibilidade retardada a drogas em pessoas com maior predisposição genética.^{2,3}

Enfermeiros devem buscar, em sua prática profissional, excelência no cuidado e qualidade na sua assistência⁴. Porque é a doença com baixa incidência, e porque há alguns estudos no campo da enfermagem sobre o assunto, o relato deste caso é relevante. O estudo objetiva relatar o principal cuidado de enfermagem de um adolescente diagnosticado com NET hospitalizado na Unidade de Terapia Intensiva para Queimados.

Método

Este estudo de caso sobre cuidado de enfermagem promovido a um adolescente diagnosticado com necrólise epidérmica tóxica, que foi hospitalizado em uma Unidade de Terapia Intensiva para Queimados em um hospital público do estado de Goiânia - Brasil, na atualidade, uma referência no tratamento ao paciente.

O paciente foi admitido à instituição de fevereiro a Março de 2020. Os dados foram coletados no mês de junho no prontuário do paciente, presente no sistema de prontuário eletrônico do hospital.

O projeto foi aprovado no Comitê de Ética da instituição, para publicação do caso, com isenção de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido autorizada, como dados secundários seriam utilizados por meio do serviço institucional, o responsável pelo paciente autorizou o uso de imagens e histórico para propósitos de pesquisa.

Preceitos éticos foram respeitados, de acordo com a recomendação da Resolução 466/12. Este estudo é de risco mínimo ao paciente, pois garante confidencialidade dos dados. Por ser um relato de caso, intervenções não ocorreram, o que reduz a possibilidade de causar danos físicos e psicológicos ao paciente.

Resultados

Um paciente masculino de quatorze anos, acompanhado de seus pais, da cidade de Jataí (Estado de Goiás, Brasil), admitido à Unidade de Terapia Intensiva para Queimados em 15/02/2020 em uma condição geral séria. Na admissão, ele estava estável hemodinamicamente sem o uso de drogas vasoativas, desidratado, febril, com coloração normal, acianótico, anictérico. Estado Neurológico: confuso, agitado, com pupilas isocóricas e fotoreagentes. Com uveíte e ceratite em ambos os olhos e edema palpebral bilateral. Apresentava grande quantidade de sangue na cavidade oral, edema labial significativo, mucosa friável e sangrante. Frequência cardíaca regular, taquicardia, tempo de enchimento capilar normotenso e prolongado. Ausculta pulmonar: presença de sopros vesiculares, ronos difusos, taquidispneico com músculos acessórios; Suplementação de oxigênio em máscara sem reservatório, com vazão de 15L/min, saturação de 85%. Abdome plano e flácido, sem dor na palpação, com sinal Nikolsky positivo e ausência de edema em membros inferiores. Após avaliação, foram instituídas intervenções imediatas para controle hemodinâmico. NET foi o diagnóstico, tendo seu agente etiológico: creme de sulfadiazina de prata e metamizol usados pela paciente há poucos dias. As lesões esparsas (lesões descamativas) acometiam tronco anterior e posterior, cabeça, pescoço, mucosa oral e genital, membros superiores e inferiores, atingindo cerca de 67% da superfície corporal queimada.



Figura 1: Lesões devido a necrólise epidérmica tóxica, 2020.



Figura 2: Lesões de necrose epidérmica tóxica curadas, 2020.

O período total de internação foi de 21 dias, neste período foi instituído o Projeto Terapêutico Singular (PTS), com foco nos problemas reais ou possíveis que o paciente poderia apresentar, com o objetivo de discutir intervenções que garantissem condições para sua melhora clínica e alta hospitalar.

Assim, o principal diagnóstico de enfermagem que impactou diretamente na possibilidade de alta hospitalar foi Integridade da Pele Prejudicada relacionado a fatores químicos nocivos; evidenciado por alterações na integridade da pele. Desse modo, os cuidados de enfermagem às lesões consistiam em desbridamento mecânico à beira do leito, laserterapia, curativos diários nas lesões com Ácidos Graxos Essenciais (AGE), recobrimento com gaze de rayon lubrificada com vaselina, compressa estéril e curativos para ocluir.

O *risco de infecção* foi relacionado com mudanças na integridade na pele. Diante desse diagnóstico, os principais cuidados foram: Monitorar rigorosamente os sinais vitais; monitorar sinais e sintomas de infecção local e sistêmica; manipulação de dispositivos invasivos por meio de técnica asséptica; avaliação diária das lesões observando a manifestação de quaisquer sinais flogísticos.

Após 21 dias de internação, o paciente recebeu alta hospitalar com retorno ambulatorial para continuidade do tratamento e avaliação das lesões. Após o primeiro retorno, pudemos observar a epitelização das feridas, concluindo assim o tratamento clínico.

Discussão

NET é um transtorno raro e grave que leva a uma erupção mucocutânea aguda, geralmente induzida por drogas. Os medicamentos podem desencadear uma resposta imune ligando-se diretamente ao Complexo Principal de Histocompatibilidade (MHC) e aos receptores de células T, estimulando uma população específica de células T citotóxicas que têm a função de destruir os queratinócitos direta e indiretamente. Os queratinócitos são o principal tipo de célula da pele e sua principal característica é a constituição proteica baseada principalmente na síntese da queratina.^{2,3,5}

A destruição desse grupo de células desencadeia o processo de cicatrização que atinge todo o corpo, que se assemelha ao quadro clínico de uma grande queimadura, sendo este o principal achado clínico desta patologia..^{2,3,5,6}

O conhecimento do enfermeiro sobre fisiologia e anatomia, o processo cicatricial e as coberturas disponíveis e indicadas, levando-se em consideração seu custo-benefício é fundamental para prescrever a tecnologia mais adequada para o tratamento.^{7,8} Assim, o Ácido Graxo Essencial (AGE) foi o principal produto utilizado durante o tratamento, pois mantém a lesão hidratada, estimula a angiogênese e a epitelização, uma vez que outros produtos poderiam desencadear uma nova reação tóxica na pele do paciente..^{9,10}

A laserterapia foi outra abordagem visando o tratamento de feridas. Nas lesões cutâneas, a irradiação com laser de baixa potência é a primeira escolha. Atua por meio da biomodulação de células e tecidos, o que auxilia no processo de cicatrização por estimular a epitelização e a angiogênese, também tem ação analgésica e reduz o edema.¹⁰

Devido à perda da barreira de impermeabilização da pele, os portadores de NET apresentam um risco importante de infecção. As infecções secundárias são as complicações mais encontradas, que, juntamente com a sepse, são as principais causas de mortalidade em pacientes com NET.^{5,6,10}

O enfermeiro deve oferecer assistência individualizada a esses pacientes a partir da identificação das necessidades afetadas, da elaboração do diagnóstico, do planejamento das intervenções e de sua implementação e avaliação. Para que a enfermagem avance como ciência e também na qualidade da assistência prestada, é necessário produzir conhecimentos que fundamentam as intervenções de enfermagem no processo de cuidar.^{5,10}

Conclusão

A assistência de enfermagem ao adolescente neste estudo de caso objetivou, antes de tudo, promover e manter a integridade da pele, prevenir o agravamento das alterações dérmicas já instaladas e prevenir focos infecciosos. Portanto, o enfermeiro desempenha um papel fundamental no processo de cicatrização de feridas e prevenção de infecções. É importante destacar a escassez de publicações na área de enfermagem sobre o melhor manejo dos pacientes com NET. A partir disso, são necessários mais estudos clínicos e o desenvolvimento de protocolos para aprimorar e garantir que a assistência prestada seja embasada em evidências científicas, garantindo uma assistência segura e de qualidade.

Agradecimento

Esta pesquisa não utilizou nenhum financiamento para sua realização.

Referências

1. Hsu D, Brieva J, Silverberg N, Silverberg J (2016) Morbidity and Mortality of Stevens-Johnson Syndrome and Toxic Epidermal Necrolysis in United States Adults. *J Invest Dermatol* 136: 1387-1397.
2. Neto FCS, Piccinini PS, Andary JM, Sartori LDP, Cancian LT, et al. (2017) Abordagem cutânea na necrólise epidérmica tóxica. *Rev. Bras. Cir. Plást.* 32(1): 128-134.
3. Silva JM, Tiago VS, Juliano CB, Cunali VCA, Bonatti RCF (2017) Necrólise epidérmica tóxica induzida por sulfametoxazol-trimetoprina associado à lesão cerebral. *Residência Pediátrica* 7(1): 17-20.
4. Har T, French L (2012) Stevens-Johnson Syndrome and Toxic Epidermal Necrolysis. *Chem Immunol Allergy* 97: 149-166.
5. Oliveira F, Silveira L, Morais T, Serra M (2012) Necrólise epidérmica tóxica e síndrome de Stevens Johnson: atualização. *Rev Bras Queimaduras* 11(1): 26-30.
6. Frey N, Jossi J, Bodmer M, Bircher A, Jick S, et al. (2017) The Epidemiology of Stevens-Johnson Syndrome and Toxic Epidermal Necrolysis in the UK. *J Invest Dermatol* 137: 1240-1247.
7. Mittag B, Krause T, Roehrs H, Meier M, Danski M (2017) Cuidados com Lesão de Pele: Ações da Enfermagem. *Estima* 15(1): 19-25.

8. Tamazoni A, Souza S, Scapin S, Rocha P (2016) Cuidados de enfermagem à criança com ictiose lamelar: relato de caso. Rev. Soc. Bras. Enferm. Ped. 16(1): 51-55.
9. Lima N, Gomes G, Feitosa A, Bezerra A, Sousa M (2018) Laser therapy low intensity in wound care and practice nurses. Rev Enferm UFPI 7(1): 50-6.
10. Schmidt M, Pereira A (2012) Lasertherapy: the use of technology in nursing intervention. Disciplinarum Scientia 17(3): 499-506.

Autor de Correspondência

Gabriela Maria Lara de Paulo
Rua Eugênia, bloco 12, casa 2. CEP: 74886-04.
Goiânia, Goiás, Brasil.
gabrielamarialara@gmail.com

A enfermagem perante o aborto: uma revisão integrativa

Nursing before abortion: an integrative review

Enfermería frente el aborto: una revisión integradora

Sabrina Ferreira Cruz¹, Maria Luiza Régo Bezerra², Andrey Hudson Interaminense Mendes de Araújo³, Valéria Leonhardt⁴,
Mayara Cândida Pereira⁵, Iel Marciano de Moraes Filho⁶

Como citar: Cruz SF, Bezerra MLR, Araújo AHIM, Leonhardt V, Pereira MC, Moraes-Filho IM. A enfermagem perante o aborto: uma revisão integrativa. REVISA. 2021; 10(2): 229-39. Doi: <https://doi.org/10.36239/revisa.v10.n2.p229a239>

REVISA

1. Universidade Paulista, Instituto de Ciências da Saúde. Brasília, Distrito Federal, Brasil.

<https://orcid.org/0000-0001-5001-859X>

2. Universidade Paulista, Instituto de Ciências da Saúde. Brasília, Distrito Federal, Brasil.

<https://orcid.org/0000-0002-3336-7760>

3. Universidade Paulista, Instituto de Ciências da Saúde. Brasília, Distrito Federal, Brasil.

<https://orcid.org/0000-0003-4718-5084>

4. Universidade Paulista, Instituto de Ciências da Saúde. Brasília, Distrito Federal, Brasil.

<https://orcid.org/0000-0002-7701-6284>

5. Universidade Paulista, Instituto de Ciências da Saúde. Brasília, Distrito Federal, Brasil.

<https://orcid.org/0000-0002-0242-6262>

6. Universidade Paulista, Instituto de Ciências da Saúde. Brasília, Distrito Federal, Brasil.

<https://orcid.org/0000-0002-0798-3949>

Recebido: 12/01/2020

Aprovado: 19/03/2020

RESUMO

Objetivo: Diante da necessidade de assegurar uma prática assistencial embasada em evidências científicas, tem-se como objetivo identificar como é prestada a assistência de enfermagem à mulher em situação de abortamento. **Método:** Trata-se de uma revisão integrativa realizada através do levantamento bibliográfico de artigos sobre a atuação da enfermagem perante o abortamento. A coleta de dados foi realizada através da Biblioteca Virtual da Saúde nas bases de dados da Medical Literature Analysis and Retrieval System Online, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde e Base de Dados Nacionais da Enfermagem. **Resultados:** Foram obtidas para a análise 5 produções bibliográficas entre revisões integrativas, relato de experiência e outros. **Conclusão:** Conclui-se que embora o Código de Ética de Enfermagem seja um documento de acesso livre e fácil, muitos enfermeiros pecam em seu cumprimento quando colocam suas opiniões pessoais a frente da qualidade assistencial. Foi um limitante para a pesquisa a escassa quantidade de produções recentes sobre a temática. Espera-se com este artigo trazer contribuição acerca das condições de abortamento.

Descritores: Aborto; Enfermagem; Assistência; Saúde da mulher; Revisão; Brasil.

ABSTRACT

Objective: In view of the need to ensure a care practice based on scientific evidence, the objective is to identify how nursing care is provided to the woman in situation of abortion. **Method:** This is an integrative review performed through a bibliographic survey of articles on nursing performance before abortion. The data collection was performed through the Virtual Health Library in the databases of Medical Literature Analysis and Retrieval System Online, Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences and National Nursing Database. **Results:** 5 bibliographic productions were obtained for the analysis among integrative reviews, experience reporting and others. **Conclusion:** It is concluded that although the Code of Ethics of Nursing is a document of free and easy access, many nurses sin in its fulfillment when they put their personal opinions before the quality of care. A limited number of recent productions on the subject were researched. This article is expected to bring a contribution about the welfare conditions in the abortion.

Descriptors: Abortion; Nursing; Assistance; Woman health; Review; Brazil.

RESUMEN

Objetivo: Adelante de la necesidad de garantizar una práctica de salud basada en evidencia científica, el objetivo es identificar cómo es prestada la atención de enfermería a las mujeres en situaciones de aborto. **Método:** Esta es una revisión integradora realizada a través de una encuesta bibliográfica de artículos sobre el papel de la enfermería frente al aborto. La recolección de datos se realizó a través de la Biblioteca Virtual de Salud en las bases de datos del Medical Literature Analysis and Retrieval System Online, Literatura Latinoamericana e do Caribe em Ciências da Saúde y la Base de Datos Nacional de Enfermagem. **Resultados:** Se obtuvieron cinco producciones bibliográficas para el análisis, incluidas revisiones integrales, informes de experiencias y otros. **Conclusión:** se concluye que aunque el Código de Ética de Enfermería es un documento con acceso libre y fácil, muchos enfermeros pecan en su cumplimiento cuando antepone sus opiniones personales a la calidad de la atención. La escasa cantidad de producciones recientes sobre el tema fue un factor limitante para la investigación. Se espera que este artículo haga una contribución sobre las condiciones del aborto.

Descritores: Aborto; Enfermería; Asistencia; Salud de la mujer; Revisión; Brasil.

Introdução

O abortamento, motivo de grandes discussões no cenário atual, é definido como a interrupção da gravidez num período igual ou menor que 20 a 22 semanas com o produto da concepção pesando até 500 gramas. Configura-se como um problema de saúde pública, praticado ilegalmente por mulheres de maioria negras, de baixa escolaridade, pobres, motivadas principalmente por dificuldades financeiras e outras distintas motivações, entre elas: não ser casada, ter renda menor que meio salário mínimo ou possuir mais filhos do que consideram ideal.^{1,2}

No tocante à percepção das mulheres que abortaram acerca da autonomia do corpo, muitas das mulheres nesse contexto são religiosas, acreditam na necessidade de atingir a expectativa social de serem boas esposas e mães, e indicam a falta de apoio familiar como importante contribuinte para a decisão do aborto.^{3,4} O decreto Lei nº 2.848 de 07 de Dezembro de 1940 do Código Penal Brasileiro, os artigos 124 a 128 criminalizam o abortamento que não se inclua nas seguintes situações: risco de vida materno, gravidez resultante de estupro e anencefalia fetal (segundo decisão do Supremo Tribunal Federal em 2012). Por esse motivo, as pesquisas sobre o assunto não apresentam a real magnitude do abortamento no Brasil pois é sub-relatado.⁵⁻⁸

A busca das mulheres por direitos principalmente através dos grupos feministas perdura por décadas na procura de autonomia sobre o próprio corpo. Houveram mudanças nesse período nas políticas públicas para a saúde da mulher, mas não são suficientes e, o que já existe é aplicado com deficiência. A criminalização não diminui o número de abortamentos e ainda contribui para o aumento das mortes maternas, isso pode ser considerado uma violação dos direitos humanos.⁹

Registrou-se 770 mortes maternas em consequência do aborto entre 2006 e 2015 no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), uma queda de 5,7% para 4,1% durante o período sendo esses óbitos mais frequentes na faixa etária de 20 a 29 anos, porém, não é possível diferenciar abortos espontâneos de abortos induzidos.⁸ Segundo a Pesquisa Nacional do Aborto (PNA) de 2010, 1 a cada 4 mulheres entre 18 e 39 anos já realizaram aborto e na PNA seguinte, em 2016, não houve grande mudança nessa estatística. Apesar da criminalização, o aborto no Brasil ainda é comum, praticado por mulheres comuns.¹⁰

O Código de Ética de Enfermagem prevê no artigo 41 que é dever da enfermagem prestar assistência sem nenhuma discriminação, proíbe no artigo 73 a participação em prática do abortamento – exceto em casos permitidos por lei – e exime o profissional da obrigação em situações previstas em lei por objeção de consciência. Deve-se acolher, orientar, manter sigilo e não julgar a mulher que passará ou já passou por esta situação e está fragilizada.^{8,11}

Esse artigo justifica-se pela necessidade de discutir os aspectos da conduta dos profissionais de enfermagem levando em consideração os fatores associados às questões em que os profissionais estão envolvidos e podem impedir a atenção humanizada como moral, religiosidade e cultura.

Diante da necessidade de assegurar uma prática assistencial embasada em evidências científicas, tem-se como objetivo identificar como é prestada a assistência de enfermagem em situação de abortamento.

Método

Tipo de Estudo

Trata-se de uma revisão integrativa^{12,13} realizada através do levantamento bibliográfico de artigos sobre a atuação da enfermagem perante o abortamento.

Procedimentos Metodológicos

Partindo do questionário norteador – como é prestada a assistência de enfermagem à mulher em situação de abortamento? – Foram estabelecidos os objetivos de revisão; critérios de inclusão e exclusão dos artigos; definição da temática relevante e que será extraída das pesquisas; seleção dos artigos na literatura.

Coleta e organização dos dados

A coleta de dados foi realizada através da Biblioteca Virtual da Saúde (BVS) nas bases de dados da *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Base de Dados Nacionais da Enfermagem (BDENF) onde se utilizou os descritores em saúde: “Aborto”, “Enfermagem” e “Assistência”, respectivamente aplicados simultaneamente com a utilização do operador booleano “AND”.

Foram utilizados os seguintes critérios de inclusão: temática referente à assistência de enfermagem prestada à mulher em situação de abortamento; produções bibliográficas compreendidas entre os anos 2015 a 2020; textos completos e disponíveis, *online*, em português. Foi utilizado como critério de exclusão: artigos com temáticas diferentes da proposta. Utilizou-se como um critério a mais para caracterização dos estudos a classificação do nível de evidência³⁵ para demonstração da qualidade dos estudos relacionados à enfermagem e aborto.

Análise dos dados

Conforme o processo de seleção dos artigos (Tabela 1) foram obtidas para a análise 5 produções bibliográficas entre revisões integrativas, relato de experiência e outros, nas bases de dados MEDLINE, LILACS e BDENF no período de fevereiro a março de 2020.

Inicialmente foram identificados 2.385 artigos, 2.328 deles nas bases de dados MEDLINE, LILACS e BDENF dos quais 2.213 foram excluídos por não estarem disponíveis em língua portuguesa, resultando em 115 produções potencialmente relevantes. Deste total, mais 91 artigos foram excluídos por não atenderem ao critério de exclusão – produções científicas compreendidas entre os anos 2015 e 2020 – resultando em 24, 1 por não disponibilizar texto completo e, após, mais 18 artigos foram excluídos por compreenderem temática diferente do estudo. Ao final, foi obtido o total de 5 artigos para revisão integrativa.

Tabela 1- Fluxograma do processo de seleção de produções científicas Brasília-DF, Brasil, 2020

Resultados

Tabela 2- Características dos estudos selecionados.

Título	Ano/ Periódico	Origem	Tipo de estudo	Nível de Evidência	Contexto
Cuidado de enfermagem à mulher em situação de aborto: revisão integrativa	2015 / Revista de Enfermagem da UFSM	Brasil	Revisão integrativa	VI	Cuidado
Atenção à mulher em processo de abortamento induzido: a percepção de profissionais de enfermagem	2015 / Revista de Enfermagem da UFSM	Brasil	Descritiva/ Qualitativa	VI	Cuidado
Cuidado humanizado às mulheres em situação de abortamento: uma análise reflexiva	2017 / Revista de Enfermagem UFPE <i>On line</i>	Brasil	Qualitativa/ Análise reflexiva	VI	Cuidado
Abortamento: protocolo de assistência de enfermagem: relato de experiência	2017 / Revista de Enfermagem UFPE <i>On line</i>	Brasil	Descritiva/ Relato de experiência	VII	Cuidado
A contextualização do aborto sob a ótica do enfermeiro	2018 / Revista <i>Nursing</i>	Brasil	Exploratória/ Descritiva	VI	Cuidado

Descrição dos 5 estudos resultantes da pesquisa:

Foram coletados estudos publicados nos anos 2015 (40%), 2017 (40%) e 2018 (20%), publicados em 3 periódicos diferentes com a concentração de 2 (40%) na Revista de Enfermagem da UFSM, 2 (40%) na Revista de Enfermagem UFPE *Online* e 1 (20%) na *Revista Nursing*.

Sobre a metodologia, 1 (20%) revisão integrativa, 2 (40%) estudos qualitativos, 1 (20%) relato de experiência e 1 (20%) análise reflexiva. 5 (100%) artigos foram realizados no Brasil e possuem o contexto do cuidado.

Discussão

Assistência de enfermagem oferecida à mulher em situação de abortamento

A atenção à saúde da mulher vem sendo trabalhada em políticas públicas no Brasil desde 1983 com a criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) com ênfase na saúde reprodutiva e se intensificou em 2004 com a criação do Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) que é mais amplo, abrangendo diversos aspectos que envolvem a saúde da mulher, inclusive a atenção ao aborto seguro.¹⁴

No âmbito da violência sexual, que pode ter como consequência a contaminação por infecções sexualmente transmissíveis e a gravidez, o convívio com o agressor faz com que as vítimas não consigam procurar o serviço de saúde a tempo de evitar a concepção. A anticoncepção de emergência, para que haja eficácia, deve ser utilizada em até 72 horas do ocorrido e impede cerca de 3 a cada 4 gestações. Se torna uma das mais importantes intervenções tendo em vista que caso haja a concepção, o procedimento do aborto não é sempre acessível.¹⁵ Apesar de a legislação resguardar mulheres vítimas de violência ou em risco de vida na situação de abortamento e isso gerar uma melhor assistência mediante outros casos, alguns profissionais ainda interferem neste difícil processo. Os valores pessoais da equipe de enfermagem não devem ser colocados à frente da profissão, mas é visto que, a mulher que aborta ilegalmente é tida pelos profissionais como irresponsável enquanto a que sofre aborto espontâneo ou está em risco é uma vítima que precisa ser consolada.¹⁶

Estudo realizado em forma de relato de experiência evidencia a importância da utilização da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e o uso de protocolos como grandes aliados na prestação do cuidado qualificado.¹⁷ A assistência deve ser livre de quaisquer preconceitos, respeitando a privacidade da mulher, mantendo o sigilo profissional em casos de abortamento ilegal - pois o fato não deve ser comunicado à autoridade sem consentimento - e respeitando os princípios da bioética que são: beneficência, não-maleficência, autonomia e justiça.¹⁸⁻²¹ O sigilo só deve ser quebrado em casos de violência sexual pois é de responsabilidade de todos os profissionais de saúde a notificação compulsória, apesar desta obrigatoriedade não estar explícita nos códigos de ética.^{22,23}

Estudo sobre o aborto na adolescência revela que 17% dos abortos ilegais no Brasil são realizados por meninas de 12 a 18 anos incompletos. Pesquisas escassas sobre o assunto deixam dúvidas sobre as características e o impacto dos abortos realizados por este público. Metade das adolescentes pesquisadas possuíam parceiros de idade muito superior e realizaram o aborto pressionadas

por eles, isso pode estar associado à vulnerabilidade devido à dominação masculina e não significa que realizaram o aborto somente pelo fato de não desejarem a maternidade. Também não compartilharam com a família quando confirmaram a gravidez, o que mostra a falta de apoio.²⁴ A relação de dominância dos homens por condição de poder é uma característica que sempre esteve presente na sociedade, mas vem sendo desconstruída ao longo dos anos.¹⁴

Mulheres que praticaram aborto inseguro têm maior probabilidade de sofrer complicações físicas, e apesar de ser um medicamento restrito, é fácil o acesso ao misoprostol. Entretanto, ainda é difícil entender a magnitude das consequências para a saúde mental.²⁵ Muitas mulheres possuem um sentimento de pesar e culpa e por isso é de extrema importância que a equipe de enfermagem pratique a empatia e a escuta qualificada para um atendimento integral respeitando a individualidade da mulher pois são estes que estão presentes em todo o processo.^{21,26}

Um dos fatores que prejudica a qualidade da assistência de enfermagem é a distribuição irregular de atributos que não de sua competência.²⁷ O profissional pode se recusar a assistir um paciente caso não seja de sua competência técnica, científica ou não houver segurança para ambos.²⁸ Outro fato que também contribui para isso é a priorização de mulheres em outros períodos da reprodução em detrimento das que estão em processo de abortamento, o que causa constrangimento.²⁰

Apesar de o atendimento não ser considerado ruim, ainda falta aos profissionais a sensibilidade que a situação exige. A liberdade da mulher em expor seus sentimentos para a equipe é necessária para que não haja barreiras na comunicação entre profissional e paciente pois essa discussão pode evitar novas tentativas de abortamento que causem consequências não somente para a mulher, mas também possíveis malformações fetais.²⁹ Durante a assistência deve-se haver a valorização do indivíduo como um todo, se atentando não somente à comunicação verbal, mas também na postura corporal, gestos e expressão facial. A receptividade e acolhimento geram bem estar físico e emocional.²⁰⁻²¹

Percepção da enfermagem acerca da atuação na assistência

O primeiro Código de Ética Internacional de Enfermagem foi elaborado nos anos 40 e aprovado somente em 1953. Foi criado considerando as diferentes características sociais e da legislação dos países em que seria aplicado, bem como respeitando os direitos humanos. Este serviu como base para que cada país criasse seu próprio documento e foi também a primeira tentativa de desvinculação da enfermagem com a religiosidade.³⁰ O conhecimento sobre o código de ética atual, capacitação dos profissionais e o uso de protocolos otimiza o atendimento e dá dignidade à mulher.¹⁷ Estudo sobre a vivência deontológica da enfermagem mostra que os profissionais possuem pouco conhecimento sobre o Código de Ética de Enfermagem e o veem como uma obrigação apesar de compreenderem sua importância para a manutenção da ordem, indicando ter segurança e respaldo. Demonstram interesse em abranger seus conhecimentos podendo haver capacitação e atualização sobre suas particularidades, excepcionalmente sobre a autonomia da enfermagem. É comum que haja infração por falta de conhecimento.³¹

É percebido pelos próprios enfermeiros a forma mecanizada com que tratam as mulheres nesse processo, focada em necessidades físicas, sendo visto como uma obrigação o atendimento não é feito sob um olhar holístico respeitando todos os aspectos da paciente. Assumem também compreender que deveria ser diferente, lembrando seu papel no acolhimento e educação.^{19,20,26,29,32}

Tais profissionais preferem não participar do atendimento em geral à mulher em processo de abortamento induzido, haja vista que consideram mais simples lidar com um aborto espontâneo.²⁶ Muitos dos profissionais que atuam nesta área não possuem capacitação para tal, apesar de alguns possuírem longo período de experiência.^{16-18,26} Alguns profissionais assumem que há discriminação acerca desse contexto, mas ainda se deixam influenciar quanto à neutralidade. A negligência é notada também quando os profissionais de saúde dificultam o acesso aos métodos contraceptivos. A falta de conhecimento destes interfere na qualidade do atendimento tanto quanto as opiniões pessoais já que 97,5% dos profissionais de enfermagem não têm ciência ética e legal sobre o aborto.³³

Além do cuidado humanizado em sua integralidade pela enfermagem, a mulher deve receber atenção multiprofissional pois além das alterações clínicas, há o desgaste emocional que se caracteriza por sentimento de culpa, arrependimento, o estigma social e, na maioria dos casos, a ausência do parceiro. O acolhimento humanizado auxilia na diminuição dos efeitos negativos que sempre acontecerão nesta situação, independentemente de como ocorreu o ato.^{18,19,21}

Realizar debates e dinâmicas sobre o assunto é a forma mais eficaz de treinamento pois prova que é possível uma revisão de suas próprias práticas perante a assistência. Entende-se que profissionais que já vivenciaram o aborto seja pessoalmente, profissionalmente ou no âmbito familiar estão mais abertos a discutir sobre o abortamento como saúde pública.^{28,32}

Educação sexual e saúde reprodutiva

Para se discutir a educação sexual, deve-se primeiro compreender seu contexto histórico no Brasil. Desde os tempos do Brasil colônia a religiosidade tem permeado as discussões sobre o assunto. Naquela época o sexo era visto apenas para procriação e as mulheres deveriam ter tantos filhos quanto pudessem e apenas no século XIX passou a ser relacionado à saúde e foram impostas regras ainda baseadas na castidade havendo uma diferenciação de gênero quando homens possuíam maior liberdade sexual e mulheres eram reprimidas. No início do século XX iniciaram-se as tentativas de inclusão da educação sexual nas escolas no intuito de controlar infecções sexualmente transmissíveis, mas a ideia foi impedida pelo conservadorismo. Já durante o período ditatorial, na década de 60 mais uma vez a educação sexual perdeu espaço nas escolas, porém, em 1978 passou a ser implementada no ensino fundamental e médio. A educação sexual nas escolas feita por profissionais da saúde se torna mais acessível numa realidade em que jovens e adolescentes não costumam procurar o serviço de saúde.³⁴

O planejamento reprodutivo – também chamado de planejamento familiar – é direito de todo cidadão independentemente de orientação sexual ou identidade de gênero, possui grande importância para o fortalecimento dos

direitos sexuais e reprodutivos. É realizado por equipe multiprofissional, e engloba medidas de controle ou preparação para fecundidade.²³

Devido aos altos índices de abortamento – 4.007.327 internações entre os anos 1996 e 2012 no Sistema Único de Saúde e cerca de 16.905.911 abortos inseguros no Brasil – é necessário a ampliação do planejamento reprodutivo e familiar.¹⁸ O abortamento se configura como uma das maiores causas de mortalidade materna no Brasil já que 1 a cada 10 mulheres com gravidez indesejada recorrem a isso de maneira insegura e não recebem uma atenção de qualidade no serviço de saúde quando chegam a procura-lo.¹⁷

O momento da internação é o ideal para entender o motivo do abortamento, orientar e aconselhar sobre educação em saúde e prevenção de novas práticas abortivas e até mesmo falar sobre planejamento familiar compreendendo que no futuro esta mulher pode querer ou não ter filhos.^{19,29} É importante que a mulher deixe o atendimento com conhecimento sobre métodos de contracepção e como utilizá-los, a atenção à saúde vai além do atendimento hospitalar.^{20,21}

Torna-se um empecilho à educação, direito sexual e saúde reprodutiva quando é comum que principalmente os homens, inclusive enfermeiros, atribuam somente à mulher a responsabilidade pelos filhos ou por evitar gestações, e por isso a importância desse debate com o sexo masculino, como apresentado em estudo realizado com este público.¹⁶ A falha na educação acerca dos direitos sexuais e reprodutivos é um contribuinte para a prática do aborto.¹⁹ Essa conduta é considerada uma violação dos direitos reprodutivos.³²

Conclusão

Conclui-se que embora o Código de Ética de Enfermagem seja um documento de acesso livre e fácil, muitos enfermeiros pecam em seu cumprimento quando colocam suas opiniões pessoais a frente da qualidade assistencial e isso já se pode ser observado no acadêmico em formação, o que inclusive foi um fator de incentivo para a escrita deste estudo. A enfermagem é a categoria predominante no cuidado e grande responsável na implementação da assistência humanizada e da educação em saúde, pois está presente em todos os níveis do processo. Sua prática deve ser sempre baseada em evidências e isso implica também na educação continuada e neste caso em específico, capacitação acerca da saúde da mulher.

É evidente que se faz necessária a reorganização da assistência e do modelo de ensino nas universidades com foco no aprendizado da ética em todas as suas aplicações pois entende-se que há um conhecimento limitado por parte dos profissionais, porém, estes devem possuir também o interesse em expandir seus conhecimentos.

Esse artigo tem como relevância o estudo sobre o assunto devido à falta de acervo científico recente sobre a temática, o que foi um limitante para a pesquisa. Espera-se trazer contribuição acerca das condições assistenciais no abortamento, buscando conscientizar quanto ao tratamento dado às pacientes nesta circunstância para que a enfermagem não esteja ou não se torne inerte quanto a sensibilidade que caracteriza e diferencia a profissão. Identificou-se a relevância da realização de novas pesquisas específicas sobre a temática

Temos o entendimento que esta pesquisa trará valiosas contribuições possibilitando desdobramentos que se pautam tanto na atual política de saúde

que compreende a qualidade da assistência ao usuário do Sistema Único de Saúde (SUS) quanto na valorização da pesquisa em enfermagem.

Agradecimento

Essa pesquisa não recebeu financiamento para sua realização.

Referências

1. Santos DLA, Brito RS. Sentimentos de mulheres diante da concretização do aborto provocado. Rev enferm UERJ [Internet]. 2016 [acesso em 26 de março de 2020]; 24(5):e15613. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2016.15613>.
2. Adesse L, Jannotti CB, Silva KS, Fonseca VM. Aborto e estigma: uma análise da produção científica sobre a temática. Ciência & Saúde Coletiva [Internet]. 2016 [acesso em 26 de março de 2020]; 21(12): 3819-3832. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320152112.07282015>.
3. Santos CS, Silveira LMC. Percepções de mulheres que vivenciaram o aborto sobre autonomia do corpo feminino. Revista Psicologia: ciência & profissão [Internet]. 2017 [acesso em: 05 de abril de 2020]; 37(2): 304-317. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-3703000582016>
4. Luna N. Aborto e corporalidade: sofrimento e violência nas disputas morais através de imagens. Horizontes Antropológicos [Internet]. 2014 [acesso em 26 de março de 2020]; 20(42): 293-325. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-71832014000200012>.
5. Borsari CMG et al. O aborto inseguro é um problema de saúde pública. Revista Femina [Internet]. 2012 [acesso em 05 de abril de 2020]; 40(2): 63-68. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2012/v40n2/a3094.pdf>
6. Código Penal Brasileiro (BR). Decreto Lei nº 2848 de 07 de dezembro de 1940. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848.htm.
7. Fonseca SC, Domingues RMSM, Leal MC, Aquino EML, Menzes GMS. Aborto legal no Brasil: revisão sistemática da produção científica, 2008-2018. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2020 [acesso em 26 de março de 2020]; 36 Sup 1:e00189718. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00189718>.
8. Cardoso BP, Vieira FMSB, Saraceni V. Aborto no Brasil: o que dizem os dados oficiais? Cad. Saúde Pública [Internet]. 2020 [acesso em 26 de março de 2020]; 36 Sup 1:e00188718. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v36s1/1678-4464-csp-36-s1-e00188718.pdf>.
9. Anjos KF, Santos VC, Souza SR, Eugênio BG. Aborto e saúde pública no Brasil: reflexões sob a perspectiva dos Direitos Humanos. Revista Saúde em debate [Internet]. 2013 [acesso em 05 de abril de 2020]; 37(98): 504-515. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-11042013000300014>
10. Diniz D, Medeiros M, Madeiro A. Pesquisa Nacional do Aborto 2016. Revista Ciência e saúde coletiva [Internet]. 2017 [acesso em 05 de abril de 2020]; 22(2): 653-660. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017222.23812016>.
11. Conselho Federal de Enfermagem (BR). Resolução Nº. 564/2017 de 6 de novembro de 2017. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017_59145.html
12. Whittemore R, Knafl K. The integrative review: updated methodology. J Adv Nurs [Internet] 2005; [acesso em 26 de março de 2020]; 52(5):546-53. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x>
13. Copelli FHS, Erdmann AL, Santos JLG. Entrepreneurship in Nursing: an integrative literature review. Rev Bras Enferm [Internet]. 2019 [acesso em 26 de março de 2020]; 72(Suppl 1):289-98. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0523>.

14. Lima LAA, Monteiro CFS, Júnior FJGS, Costa AVM. Marcos e dispositivos legais no combate à violência contra a mulher no Brasil. *Revista de Enfermagem Referência* [Internet]. 2016 [acesso em 07 de abril de 2020]; 4(11). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12707/RIV16034>
15. Delziovo CR, Coelho EBS, d'Orsi E, Lindner SR. Violência sexual contra a mulher e o atendimento no setor saúde em Santa Catarina – Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 2018 [acesso em 07 de abril de 2020]; 23(5). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018235.20112016>
16. Ayres R et al. A contextualização do aborto sob a ótica do enfermeiro. *Revista Nursing* [Internet]. 2018 [acesso em 05 de abril de 2020]; 21(244): 2334-2337. Disponível em: http://www.revistanursing.com.br/revistas/244-Setembro2018/A_contextualizacao_aborto.pdf
17. Rodrigues FGR, Andrade DC, Dantas AS, Silva LR. Abortamento: Protocolo de assistência de enfermagem: relato de experiência. *Revista de enfermagem UFPE Online* [Internet]. 2017 [acesso em 05 de abril de 2020]; 11(8): 3171-3175. Disponível em: 10.5205/reuol.11064-98681-4-ED.1108201724
18. Lima LM et al. Cuidado humanizado às mulheres em situação de abortamento: uma análise reflexiva. *Revista de enfermagem UFPE Online* [Internet]. 2017 [acesso em 05 de abril de 2020]; 11(12): 5074-5078. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v11i12a25126p5074-5078-2017>
19. Pitilin EB, Banazeski AC, Bedin R, Gasparin VA. Nursing care in situations of induced /caused abortion: an integrative literature review. *Enfermeria Global* [Internet]. 2016 [acesso em 26 de março de 2020]; 43: 467-79. Disponível em: <https://revistas.um.es/eglobal/article/view/229511>.
20. Santana DM, Santos RS, Pérez BAG. A assistência de Enfermagem à mulher em processo de abortamento. *Revista Psicologia, Diversidade e Saúde* [Internet]. 2014 [acesso em 26 de março de 2020]; 2(1):50-59. Disponível em: <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/psicologia/article/view/267/393>.
21. Ministério da Saúde (BR). Atenção humanizada ao abortamento: Norma técnica. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_abortamento.pdf
22. Oliveira BG et al. Responsabilidade dos profissionais de saúde na notificação dos casos de violência. *Revista Bioética* [Internet]. 2018 [acesso em 07 de abril de 2020]; 26(3): 403-11. Disponível em: <http://doi.org/10.1590/1983-80422018263260>
23. Ministério da Saúde (BR). Protocolos da atenção básica: Saúde das mulheres. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_saude_mulheres.pdf
24. Ferrari W, Peres S. Itinerários de solidão: aborto clandestino de adolescentes de uma favela da Zona Sul do Rio de Janeiro, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública* [Internet]. 2020 [acesso em 07 de abril de 2020]; 36(1). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00198318>
25. Ministério da Saúde (BR). 20 anos de pesquisas sobre aborto no Brasil. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/livreto.pdf>
26. Silva EF et al. Atenção à mulher em processo de abortamento induzido: a percepção dos profissionais de enfermagem. *Revista de enfermagem da UFSM* [Internet]. 2015 [acesso em 05 de abril de 2020]; 5(3): 454-464. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5902/2179769214801>
27. Valença CN et al. Vivências dos profissionais da enfermagem sobre procedimentos executados no hospital. *Revista Cubana de Enfermería* [Internet]. 2016 [acesso em 07 de abril de 2020]; 32(4). Disponível em: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1010/212>
28. Barbosa ML, Rodrigues HNS, Celino SDM, Costa GMC. Conhecimento de profissionais de enfermagem sobre o código de ética que rege a profissão. *Revista Baiana*

- de Enfermagem [Internet]. 2017 [acesso em 07 de abril de 2020]; 31(4):e21978. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v31i4.21978>
29. Filha FSSC et al. Abortamento: como é a atuação dos profissionais de saúde diante da situação? REAS, Revista Eletrônica Acervo Saúde [Internet]. 2017 [acesso em 26 de março de 2020]; 9(4):1159-1164. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/27355/2/ve_Francisalma_Filha_et_al_2018.pdf.
30. Oguisso T, Takashi MH, Freitas GF, Bonini BB, Silva TA. Primeiro código internacional de ética de enfermagem. Texto & Contexto Enfermagem [Internet]. 2019 [acesso em 07 de abril de 2020]; 28: e20180140. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0140>
31. Silva TN et al. Vivência deontológica da enfermagem: desvelando o código de ética profissional. Revista Brasileira de Enfermagem [Internet]. 2018 [acesso em 07 de abril de 2020]; 71(1):7-15. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0565>
32. Lemos A, Russo JA. Profissionais de saúde e o aborto: o dito e o não dito em uma capacitação profissional em saúde. Comunicação Saúde e Educação [Internet]. 2014 [acesso em 26 de março de 2020]; 18(49):301-12. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0754>.
33. Streffling ISS et al. Cuidado de enfermagem à mulher em situação de aborto: revisão integrativa. Revista de enfermagem da UFSM [Internet]. 2015 [acesso em 05 de abril de 2020]; 5(1): 169-177. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5902/2179769212533>
34. Sfair SC, Bittar M, Lopes RE. Educação sexual para adolescentes e jovens: mapeando proposições oficiais. Saúde e Sociedade [Internet]. 2015 [acesso em 07 de abril de 2020]; 24(2): 620-632. Disponível em: <http://doi.org/10.1590/S0104-12902015000200018>
35. Stillwell S, Melnyk BM, Fineout-Overholt E, Williamson K. Evidence-based practice: step by step. Am J Nurs [Internet]. 2010 [acesso em 25 de abril de 2020]; 110(5):41-7. Disponível em: http://download.lww.com/wolterskluwer_vitalstream_com/PermaLink/NCNJ/A/NCNJ_546_156_2010_08_23_SADFJO_165_SDC216.pdf

Autor de Correspondência

Sabrina Ferreira Cruz
Quadra 1, Conjunto 7, Lote 16. CEP: 71698-022.
Morro Azul, São Sebastião. Brasília, Distrito
Federal, Brasil.
sabrinaferreiracruz@gmail.com

As dificuldades da assistência de enfermagem com o paciente idoso em cuidados paliativos- Revisão integrativa

The difficulties of nursing care for elderly patients in palliative care - an Integrative review

Las dificultades de la atención de enfermería al anciano en cuidados paliativos - Revisión integradora

Rubens Roque Pinheiro dos Santos¹, Benuncia de Paula Cardoso², Mayara Cândida Pereira³

Como citar: Santos RRP, Cardoso BP, Pereira MC. As dificuldades da assistência de enfermagem com o paciente idoso em cuidados paliativos- Revisão integrativa. REVISIA. 2021; 10(2): 240-9. Doi: <https://doi.org/10.36239/revisa.v10.n2.p240a249>

REVISIA

1. Faculdade de Ciências e Educação Sena Aires. Valparaíso de Goiás, Goiás, Brasil.

<https://orcid.org/0000-0002-7754-4407>

2. Faculdade de Ciências e Educação Sena Aires. Valparaíso de Goiás, Goiás, Brasil.

<https://orcid.org/0000-0002-4415-5691>

3. Universidade Católica de Brasília. Brasília, Distrito Federal, Brasil.

<https://orcid.org/0000-0002-0242-6262>

Recebido: 22/01/2021

Aprovado: 21/03/2021

RESUMO

Objetivo: Descrever as dificuldades da assistência de enfermagem paliativa ao paciente idoso segundo a literatura científica. **Método:** Trata-se de uma revisão integrativa da literatura cuja busca ocorreu nas seguintes bases de dados online: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), Scientific Electronic Library Online (SciELO) e National Library of Medicine National Institutes of Health (Medline/ Pubmed) no período de 2015 a 2020. Para a busca, foram utilizados os seguintes descritores: envelhecimento, cuidados paliativos e morte. Incluíram-se artigos científicos que abordassem a temática na língua portuguesa, publicados entre 2015 a 2020 e disponíveis na íntegra nos bancos de dados selecionados. Excluíram-se artigos que não se enquadraram diretamente nos objetivos deste estudo. **Resultados:** Foram encontrados 95 artigos, sendo 14 da base Lilacs, 35 da base SciELO e 46 da base Medline/ Pubmed. No entanto, 8 artigos atenderam os critérios de elegibilidade. Essa falta de conhecimento, muitas vezes é justificada pela falta de processos informativos, não somente no ambiente de trabalho, como também nas instituições de ensino de enfermagem. **Conclusão:** A equipe tem conhecimento sobre cuidados paliativos e reconhece a família como elo entre profissional e idoso. Entretanto, ficou evidente que é indispensável a educação continuada e suporte emocional voltado à enfermagem.

Descritores: Envelhecimento; Cuidados Paliativos; Morte.

ABSTRACT

Objective: To describe the difficulties of palliative nursing care for elderly patients according to scientific literature. **Method:** This is an integrative review of the literature that was searched in the following online databases: Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences (Lilacs), Scientific Electronic Library Online (SciELO) and National Library of Medicine National Institutes of Health (Medline / Pubmed) from 2015 to 2020. For the search, the following descriptors were used: aging, palliative care and death. Scientific articles that addressed the topic in Portuguese were included, published between 2015 and 2020 and available in full in the selected databases. Articles that did not directly fit the objectives of this study were excluded. **Results:** 95 articles were found, 14 from Lilacs, 35 from SciELO and 46 from Medline / Pubmed. However, 8 articles met the eligibility criteria. This lack of knowledge is often justified by the lack of informational processes, not only in the workplace, but also in nursing teaching institutions. **Conclusion:** The team has knowledge about palliative care and recognizes the family as a link between professional and elderly. However, it was evident that continuing education and emotional support focused on nursing is essential.

Descriptors: Aging; Palliative care; Death.

RESUMEN

Objetivo: Describir las dificultades de los cuidados paliativos de enfermería al anciano según la literatura científica. **Método:** Se trata de una revisión integradora de la literatura, que se buscó en las siguientes bases de datos en línea: Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud (Lilacs), Scientific Electronic Library Online (SciELO) y National Library of Medicine National Institutes of Health (Medline / Pubmed) de 2015 a 2020. Para la búsqueda se utilizaron los siguientes descriptores: envejecimiento, cuidados paliativos y muerte. Se incluyeron artículos científicos que abordaron el tema en portugués, publicados entre 2015 y 2020 y disponibles íntegramente en las bases de datos seleccionadas. Se excluyeron los artículos que no se ajustaban directamente a los objetivos de este estudio. **Resultados:** se encontraron 95 artículos, 14 de Lilacs, 35 de SciELO y 46 de Medline / Pubmed. Sin embargo, ocho artículos cumplieron los criterios de elegibilidad. Esta falta de conocimiento a menudo se justifica por la falta de procesos informativos, no solo en el lugar de trabajo, sino también en las instituciones de enseñanza de enfermería. **Conclusión:** El equipo tiene conocimientos sobre cuidados paliativos y reconoce a la familia como vínculo entre el profesional y el anciano. Sin embargo, fue evidente que la educación continua y el apoyo emocional enfocado en enfermería es fundamental.

Descriptores: Envejecimiento; Cuidados paliativos; Muerte.

Introdução

O envelhecimento ocorre a partir do nascimento do indivíduo, de modo natural e irreversível. Com o passar dos anos, as pessoas podem se sentir incapazes e despreparadas com a proximidade da morte, ficando submetidas à infelicidade e ao silêncio. O crescimento do número de idosos e da expectativa de vida vem sendo um fator determinante para o crescimento da quantidade de pessoas com doenças neurodegenerativas, e com incapacidades funcionais, doenças crônicas e câncer.¹

A geriatria, especialidade médica específica da terceira idade, tem a missão de tomar decisões que exigem conhecimento amplo das patologias presentes na terceira idade. Com isso, a presença do paciente idoso terminal pode se tornar cada vez mais frequente devido ao aumento de doenças crônicas nessa população.⁶

Com a limitação das atividades de vida diária dos idosos, a equipe de enfermagem da Estratégia de Saúde da Família (ESF); pode se reorganizar e proporcionar, através de um trabalho humanizado dos profissionais, o alívio do sofrimento desse paciente, por meio do controle da dor, da escolha das melhores condutas a serem aplicadas segundo a sua necessidade a fim de que estas e outras não estimulem maior agonia.^{1,7-9}

A Organização Mundial de Saúde OMS define que o cuidado paliativo ao ser humano consiste em ofertar qualidade de vida frente a uma doença terminal através da prevenção e alívio do sofrimento, reconhecendo, determinando e tratando a dor e outros problemas físicos e psicossociais.¹⁰ Assim, os cuidados paliativos são aqueles proporcionados aos pacientes sem estimativa de cura, cuja doença tem pequenas possibilidades de resposta positiva à terapêutica curativa, sendo essencial, nessa fase, o manejo da dor e o alívio do sofrimento em todas as extensões do paciente, sejam elas físicas, psíquicas, sociais e espirituais. Porém, o cuidado deve ser distinto e individualizado, considerando a análise das necessidades de cada paciente que se encontra em condição de dependência.¹¹

Nesse sentido, o objetivo dessa pesquisa é descrever as dificuldades da assistência de enfermagem paliativa ao paciente idoso segundo a literatura científica.

Método

Trata-se de um estudo de revisão integrativa da literatura. Esse é definido como método que proporciona a síntese de conhecimento e a incorporação dos resultados de pesquisas na prática assistencial com base em evidências científicas que são sintetizadas e geram conclusões sobre dado tema em estudo. As etapas percorridas foram: Identificação da questão do estudo; Busca em literaturas; Avaliação dos dados; Análise de apresentação dos resultados relevantes; e Discussão da literatura.

Os critérios de inclusão foram artigos científicos que abordassem a temática na língua portuguesa, publicados entre 2015 a 2020 e disponíveis na íntegra nos bancos de dados selecionados. Excluíram-se artigos que não se enquadraram diretamente nos objetivos deste estudo. A seleção desses critérios teve por finalidade obter dados que respondessem a seguinte questão norteadora dessa

pesquisa: Quais as dificuldades da assistência de enfermagem paliativa ao paciente idoso?

Para o levantamento dos dados, foram realizadas buscas no período de 2015 a 2020 nas seguintes bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), Scientific Electronic Library Online (Scielo) e National Library of Medicine National Institutes of Health (Medline/ Pubmed). Para a busca, foi utilizada a seguinte estrutura composta por Descritores em Ciência da Saúde: envelhecimento AND cuidados paliativos AND morte.

Inicialmente, foi realizada a leitura dos títulos e resumos dos estudos segundo os critérios de elegibilidade. Após a leitura inicial, os estudos foram lidos na íntegra por dois avaliadores distintos, sendo mantidas pesquisa com pelo menos duas alegações positivas dos revisores. Em caso de discordância na exclusão dos artigos, um terceiro avaliador foi chamado ao estudo.

Para a análise, os dados quantitativos foram sumarizados em frequência absoluta(n) e relativa (%) e os qualitativos foram tratados com análise de conteúdo temática.

Resultados e Discussão

Foram encontrados 35 artigos no banco de Scielo, 14 artigos no banco de dados da Lilacs e 46 na Pubmed, totalizando 95 artigos. Após a leitura criteriosa, apenas 08 artigos atenderam os critérios de inclusão (Figura 1).

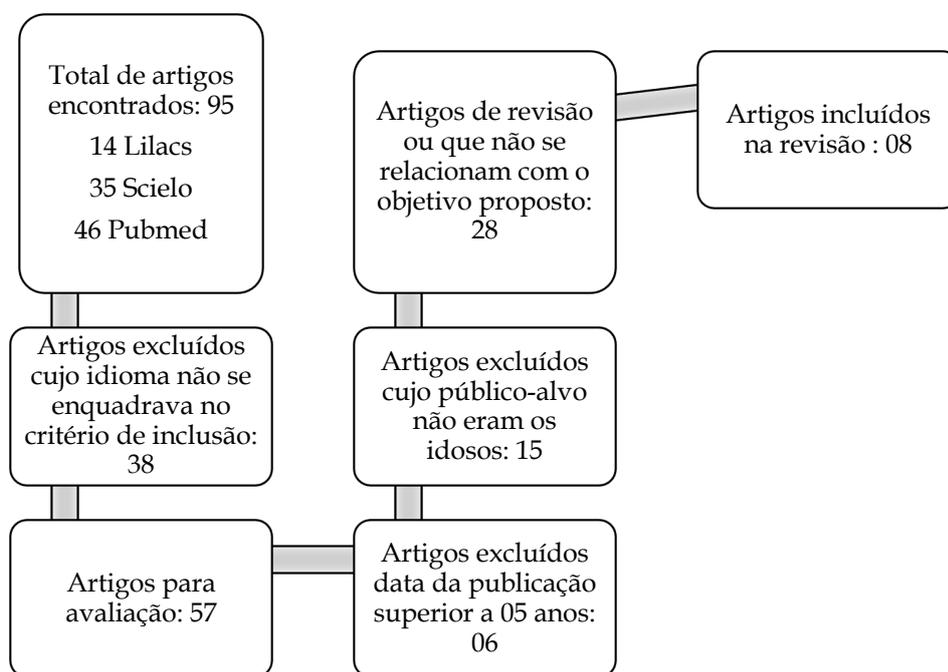


Figura 1- Fluxograma de exclusão dos artigos segundo os critérios de elegibilidade. 2020.

No Quadro 1, apresentam-se os estudos selecionados conforme o ano de publicação, o(s) autor(es), objetivo(s) e resultados encontrados.

Quadro 1- Quadro sinóptico da amostra de revisão segundo ano, autor, objetivos e Resultados. 2020.

Ano	Autor	Objetivos	Resultados
2018	Santos, Faria e Patino ¹²	Busca situar o ambiente com base em análises e interpretações da psicologia social do envelhecimento e da morte.	Conclui-se, que o envelhecimento e a morte são processos que envolvem dimensões de sentimentos, a psicologia esclarece as narrativas sobre a vida, sobre o envelhecimento, não se restringem a uma dimensão biológica, mas a solidão da finitude e o recalçamento da morte, que orientam nossas práticas sociais.
2016	Costa, Santos, Yarid, Sena e Boery ¹³	Propor uma reflexão a cerca cuidados paliativos, buscando valorizar as experiências práticas aos idosos à luz da bioética.	Compreender os cuidados paliativos em relação aos princípios da bioética nas demandas dos pacientes idosos, a fim de melhorar as condições de vida estabelecendo uma sobrevida digna.
2018	Andrade ¹⁴	Identificar fatores responsáveis pela inserção insuficiente dos enfermeiros nos cuidados paliativos em idosos no domicílio.	Conclui-se a grande necessidade de preparar os profissionais de saúde desde a graduação, para melhor lidarem com a morte.
2018	Ribeiro e Borges ¹⁵	Analisar os cuidados paliativos, sobre o enfrentamento do envelhecimento.	O processo e desenvolvimento do envelhecimento e as estratégias de enfrentamento do envelhecimento e adoecer; faz menção às trajetórias de vida dos participantes.
2019	Gutierrez, Ting e Hoffmann. ¹⁶	Investigar como os idosos lidam com eventos difíceis da vida e com o próprio processo de morrer.	Conclui-se que a maioria dos idosos tem dificuldades de enfrentar o seu processo de morrer, mesmo após ter vivenciado situações complexas ao longo da vida e sentem-se sozinhos.

2016	Poletto, Bettinelli e Santin ¹⁷	Conhecer as práticas médicas e a dignidade humana das vivências da morte de pacientes idosos em ambiente hospitalar.	Estudo aborda a divergência diante da morte, vivenciados pelos profissionais a fim de minimizar dilemas éticos em sua prática cotidiana.
2015	Souza, Zoboli, Paz, Schweitzer, Hohl, Pessalacia ¹⁸	Identificar casos de pacientes em cuidados paliativos atendidos, na APS.	O tratamento curativo para pacientes paliativos são fatores propícios à integralidade e à obtenção de respostas para a busca de melhores condições de vida mais adequadas aos desafios éticos que as equipes vivenciam.
2015	Crippa, Lufiego, Feijó, Carli, Gomes ¹⁹	Identificar as publicações existentes sobre bioética e cuidados paliativos em idosos no período entre 2002 e 2013, descrevendo os casos encontrados.	Os cuidados paliativos merecem ser discutidos com mais profundidade na limitação de tratamentos de suporte à pacientes com doenças incuráveis e terminais.

Verificou-se que dos 08 artigos foram publicados no 03 em 2018, 02 no ano 2016, 01 em 2019 e 2015 foram 02. Houve aumento no número de artigos publicados sobre o tema nos últimos anos.

A morte é um processo que está ligado ao cotidiano dos enfermeiros, os quais, durante a sua rotina de trabalho, podem lidar com esta situação, sendo também um assunto frequentemente não debatido na sociedade.²⁰

Em idosos, o sentimento de incapacidade diante da morte pode ocorrer de acordo com o despreparo para envelhecer bem e saudável. Com isso, muitos preferem viver com o silêncio, a infelicidade, a rejeição e a culpa. É nestes momentos que a assistência prestada aos idosos sob cuidados paliativos visa assegurar aos doentes condições que favoreçam a viver o resto da sua vida de forma digna até o momento da morte.²¹ Não possui a intenção de curar, é uma medida terapêutica que se destina a diminuir as repercussões negativas da doença sobre o bem-estar do paciente.²²

Os cuidados paliativos podem ser realizados no domicílio pela equipe multiprofissional, o que implica uma abordagem multidisciplinar para proporcionar uma assistência harmônica voltada para ao idoso, uma relação interpessoal entre os que cuidam e quem são cuidadas.²³ Em idosos com doenças em estado mais debilitados, que se deparam em situação de sofrimento físico ou psíquico, frisa a importância do bem-estar e preservação da dignidade, atuando no estado da dor decorrente da sua enfermidade.²⁴

Ela deve ser parte integrante da prática profissional de saúde, independente do estágio de evolução da doença. É necessário desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades, tanto em casos irreversíveis como em caso de doença crônica progressiva.²⁵

Toda perda tem sentimento de solidão e desânimo, gerando uma reação denominada luto, associado ao isolamento social que pode ser vivenciado diferentemente por cada idoso. Cada idoso compreende de uma forma que esse tipo de cuidado é para o próprio bem, o estilo de vida, a história das perdas e dos recursos internos e externos utilizados para lidar com elas depende das características prévias de personalidade.²⁶

O tempo que resta do idoso, os profissionais da saúde precisam respeitar de forma digna a qualidade de vida, até o último momento, pois o tempo que sobra deve ser desfrutada com dignidade. O profissional da saúde deve desenvolver habilidades e conhecimentos dos sintomas e sinais físicos, e que tenham capacidade de responder às necessidades, que pode ser apropriada nessa situação.²⁷

O paciente idoso necessita de cuidados básicos como qualquer outro, tais como: cuidados higiênicos, alimentares, alívio da dor, tratamento farmacológico para alívio de sintomas (náuseas, vômitos, diarreias) e apoio emocional, tanto para os pacientes como para a família, que acompanha todo este processo.²⁸ É fundamental também a avaliação da experiência dolorosa na magnitude da dor, para compreender a implementação de medidas analgésicas e realização eficaz das terapias instituídas.²⁹⁻³⁰

A equipe de enfermagem necessita ter um bom nível de conhecimento diante da terminalidade da vida do paciente, para garantir uma assistência humanizada e segura, tanto para a família quanto para o paciente.³¹⁻³² A relação do profissional com a morte, principalmente em relação aos sentimentos vivenciados pela equipe, outro fator contribuinte é a falta de experiência e conhecimento na área, o que dificulta os cuidados paliativos.³²

O conhecimento específico na prática dos cuidados paliativos, pode gerar mais segurança no momento da atuação com os pacientes e familiares, permitindo a concepção dos valores e crenças, além de influenciar na qualidade da assistência prestada, e na utilização de preceitos científicos. Essa falta de conhecimento, muitas vezes é justificada pela falta de processos informativos, não somente no ambiente de trabalho, como também nas instituições de ensino de enfermagem.^{32-33,34}

Outras dificuldades relatadas em alguns estudos^{8,11/12,19} é a falta de rede de apoio, incluindo o despreparo para lidar com a morte do paciente, falta de recursos, materiais, financeiros e isolamento social. Participação ativa no sofrimento do paciente e da família, ausência de colaboração por parte da equipe e a falta de envolvimento dos enfermeiros no momento de tomar decisões no fim da vida, e o sofrimento moral. Além das cargas exaustivas emocionais e físicas do trabalho, pois são necessárias diferentes abordagens de confortar, interagir e acolher os pacientes e seus familiares.³⁵⁻³⁷

Seria impossível que os profissionais de enfermagem não se envolvessem com os pacientes e familiares ao longo dos anos dedicados a profissão, sentimentos como insegurança, angústia, frustração são recompensados quando sentem o conforto e satisfação ao realizarem as suas atividades com êxito.³⁸ O que

pode influenciar de forma positiva nesses sentimentos é a relação do profissional com a equipe, a empresa que trabalha e o período de atuação.³³

Se as instituições de saúde ofertassem aos profissionais de enfermagem que atuam com cuidados paliativos grupos de apoio com a finalidade de compartilhar sua vivência e seus sentimentos, talvez isso poderia contribuir para diminuir o sofrimento emocional. Além de oportunidades de atualizações tecnológicas, especialização e aperfeiçoamento dos profissionais.³⁹⁻⁴¹

Os cuidadores residenciais sejam eles familiares ou contratados, geralmente não têm um suporte adequado e equilíbrio emocional, isso pode resultar em doenças psicológicas como a depressão.³⁵

O estudo⁴² desenvolvido com 1.271 cuidadores de pacientes com câncer na Itália mostrou que, embora as famílias sejam responsáveis por uma pequena parcela de todos os custos provenientes do cuidado no domicílio, o impacto da doença sobre as atividades de vida diária e economias da família pode ser o principal.

Esses cuidadores ao longo do tempo necessitam de suporte físico, prático e psicossocial para suportar as demandas que o cuidado domiciliar requer.¹⁸ Pois prestar este cuidado intensificado pode ser agravado, quando envolve dificuldade financeira, realidade desprovida de suporte técnico, gerencial, psicossocial e aumenta a sobrecarga do trabalhador.²⁰

Conclusão

O estudo permitiu constatar que uma das melhores formas de cuidado ao paciente idoso junto com a equipe de enfermagem, ao lidar, por exemplo, com a finitude, pautada pelos cuidados paliativos, no ambiente de trabalho se fortalecem por ações de possibilidade de sobrevida, embora ocorram mortes. Demonstra ainda a falta de experiência, os sentimentos vivenciados em todo o processo e a falta de apoio emocional por parte da instituição de saúde que trabalha.

A comunicação e interação da equipe de enfermagem com a família deve se manter sempre aberta, pois existe a necessidade de informar, orientar e compreender todo o processo vivenciado pela família, visto que há necessidade de prepara-la para a alta do paciente e seu cuidado no domicílio.

Nesse sentido, é importante que se reflita sobre o planejamento de ações que favoreçam a compreensão e o preparo da equipe de enfermagem sobre os cuidados paliativos à pacientes idosos, revelando sua importância como profissão do cuidar em saúde.

Referências

1. Burlá C. Palição: cuidados ao fim da vida. In: Freitas EV, Py L, Neri AL, Cançado FAX, Gorzoni ML, Rocha SM. Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p. 732-739.
2. Carvalho JAM, Garcia RA. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. Cad Saúde Pública. 2003; 19:725-33.
3. Chaimowicz F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. Rev Saúde Pública. 1997; 31:184-200.

4. Karsch UM. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. *Cad Saúde Pública*. 2003; 19: 861-866.
5. Lima CMF, Barreto SM, Giatti L. Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. *Cad Saúde Pública*. 2003; 19:735-743.
6. Maciel MGS. A dor crônica no contexto dos cuidados paliativos. *Rev Prática Hospitalar*. [citado 2007 set. 28]. 2004;35. Disponível em: < <http://www.praticahospitalar.com.br/pratica%2035/paginas/materia%2005-35.html> >.
7. Marcant D, Pavan P. Les physiothérapeutes en soins palliatifs sont en pleine transformation peut-on encourager ces mutants? *Rev Med Suisse Romande*. 1997; 117:235-241.
8. McCoughlan MA. Necessidade de cuidados paliativos. *O Mundo da Saúde*. 2003; 27:06-14.
9. Pessini L. A filosofia dos cuidados paliativos: uma resposta diante da obstinação terapêutica. *O Mundo da Saúde*. 2003; 27:15-34.
10. Manso MEG, Lopes RGC, Fonseca A, Rei A, Santos MM, Lopes RGC. Cuidados Paliativos para o portador de câncer. *Rev Portal de Divulgação [Internet]*. 2017 [Acesso em 14 jan 2018]; 52 (7):77-82. Disponível em: <https://revistalongeviver.com.br/index.php/revistaportal/article/viewFile/668/736>
11. World Health Organization (WHO). Worldwide palliative care alliance. Global atlas of palliative care at the end of life. January, 2014.
12. Santos LAC, Faria L, e Patiño R.A. O envelhecer e a morte: leituras contemporâneas de psicologia social. *R. bras. Est. Pop.* 2018; Belo Horizonte, 35 (2): e0040
13. Costa RS, Santos AGB, Yarid SD, Sena ELS, Boery RNSO. Reflexões bioéticas acerca da promoção de cuidados paliativos a idosos. *Saúde debate | Rio de Janeiro*, V. 40, N. 108, P. 170-7. 2016 Doi: <https://doi.org/10.1590/0103-1104-20161080014>
14. Andrade LMS. A enfermagem e os cuidados paliativos no atendimento domiciliar em idosos: revisão integrativa da literatura.
15. Ribeiro MS, Borges MS. Percepções sobre envelhecer e adoecer: um estudo com idosos em cuidados paliativos. *Rev. bras. geriatr. gerontol.* 2018 ; 21(6): 701-10. Doi: <https://doi.org/10.1590/1981-22562018021.180139>
16. Gutierrez BAO, Ting C, Hoffmann LB. Como os idosos em cuidados paliativos enfrentam o processo de morrer? *Atas CIAIQ2019 >Investigação Qualitativa em Saúde In vestigación Cualitativa en Salud* Volume 2
17. Poletto S, Bettinelli LA, Santin JR. Vivências da morte de pacientes idosos na prática médica e dignidade humana. *Rev. bioét. (Impr.)*. 2016; 24 (3): 590-5 <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422016243158>
18. Souza HL, Zoboli ELCP, Paz CRP, Schvertzer MC, Hohl KG, Pessalacia JDR. Cuidados paliativos na atenção primária à saúde: considerações éticas. *Rev. bioét. (Impr.)*. 2015; 23 (2): 349-59. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422015232074>

19. Crippa A, Lufiego AF, Feijó AGS, Carli GA, Gomes I. Aspectos bioéticos nas publicações sobre cuidados paliativos em idosos: análise crítica. *Rev. bioét.* (Impr.). 2015; 23 (1): 149-60. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422015231055>
20. Santos, E. C.; Oliveira, I. C. M.; Feijão, A. R. Validação de protocolo assistencial de enfermagem para pacientes em cuidados paliativos. *Academia Paulista de Enfermagem, São Paulo*, v. 29, n. 4, p. 363-373, dez. 2016
21. Pessini L; Bertachini L.(2005).Novas perspectivas em cuidados paliativos: ética, geriatria, gerontologia, comunicação e espiritualidade. *O Mundo da Saúde*, 29(4)
22. Andrade GB. Cuidados Paliativos e a Importância da Comunicação entre o Enfermeiro e Paciente, Familiar e Cuidador. *Cuidado é Fundamental*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 713-717, 2019.
23. Sousa AI, Silver LD, Griep RH. Apoio social entre idosos de uma localidade de baixa renda no município do Rio de Janeiro. *Acta Paul Enferm.*];23(5):625-31. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002010000500007>
24. Crippa, A. et al. Aspectos bioéticos nas publicações sobre cuidados paliativos em idosos: análise crítica. *Revista Bioética*, Brasília, DF, v. 23 n. 1, p. 149-160, 2015
25. Cremesp. Cuidado paliativo. Publicação do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, vol. 1, n. 1, 2008.
26. Jaramillo IF, Fonnegra LJ. *Los duelos en la vida*.Colômbia: Grijalbo; 2015.
27. Santin JR, Bettinelli LA. A bioética e o cuidado no envelhecimento humano: um olhar a partir do princípio da dignidade humana e dos direitos fundamentais. *Rev Ministério Público RS*. 2011;(69):141-55. p. 147.
28. World Health Organization (WHO). *World wide palliative care alliance. Global atlas of palliative care at the end of life*. January, 2014.
29. Gutierrez, B. A. O.; Barros, T. C. O despertar das competências profissionais de acompanhantes de idosos em cuidados paliativos. *Revista Temática Kairós Gerontologia*, v. 15, n. 4, p. 239-258, ago. 2012.
30. Jacob Filho W, Magaldi RM, Chiamolera M. A dor no idoso. In: Forlenza OV, Caramelli P. *Neuropsiquiatria geriátrica*. São Paulo (SP): Atheneu; 2000, p. 659-65.
31. Andrade, C. G. et al. Cuidados paliativos e bioética: estudo com enfermeiros assistenciais. *Cuidado é Fundamental*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 4, p. 4922-4928, dez. 2016.
32. Sousa, B. C. et al. A percepção dos enfermeiros de um hospital geral sobre os cuidados paliativos. *Revista de Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco, Recife*, v. 11, n. 6, p. 2288-2293, jun. 2017.
33. Silveira, N. P. et al. Cuidado paliativo e enfermeiros de terapia intensiva: sentimentos que ficam. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 69, n. 6, p. 1074-1081, dez. 2016.
34. Sierra, E. C.; Sabater AM.; MOÑUX Y. L. Knowledge in palliative care of nursing professionals at a Spanish hospital. *Revista Latino Americana de Enfermagem, São Paulo*, v. 25, e2847, 2017.
35. Costa, M. R. et al. Sofrimento moral dos enfermeiros, em situações de final de vida, em unidades de terapia intensiva. *Revista de Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco, Recife*, v. 11, n. 9, p. 3607-3617, set. 2017
36. Arrieira, I. C. O. et al. Espiritualidade nos cuidados paliativos: experiência vivida de uma equipe interdisciplinar. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo*, v. 52, e03312, p. 1-8, 2018.

37. Santos, B. C. et al. A percepção dos enfermeiros de um hospital geral sobre os cuidados paliativos. *Revista de Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco, Recife*, v. 11, n. 6, p. 2288-2293, jun. 2017.
38. Queiroz, T. A. et al. Cuidados paliativos ao idoso na terapia intensiva: olhar da equipe de enfermagem. *Texto e Contexto Enfermagem, Santa Catarina*, v. 27, n. 1, p. 1-10, 2018.
39. Duarte YAO, Diogo MJD. *Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico*. São Paulo (SP): Atheneu; 2000.
40. Alencar, D. C. et al. Sentimentos de enfermeiros que atuam junto a pacientes com câncer em fase terminal. *Revista Cuidado é Fundamental, Rio de Janeiro*, v. 9, n. 4, p. 1015-1020, nov. 2017.
41. Lins, F. G.; Souza, S. R. Formação dos enfermeiros para o cuidado em oncologia. *Revista de enfermagem UFPE on line, Recife*, v. 12, n. 1, p. 66-74, janeiro. 2018.
42. Mok E, Chiu PC. Nurse-patient relationships in palliative care. *J Adv Nurs*. 2004;48(5):475-83.

Autor de Correspondência

Mayara Cândida Pereira
QS 07 - Lote 01 - EPCT. CEP: 71966-700.
Taguatinga, Distrito Federal, Brasil.
enfamayara@gmail.com

A depressão e o risco de suicídio na enfermagem

Depression and suicide risk in nursing

Depresión y riesgo de suicidio en enfermería

Janaina Sales Barbosa Araújo¹, Marlene Rocha Barbosa², Marcia Silva Nogueira³

Como citar: Santos RRP, Cardoso BP, Pereira MC. A depressão e o risco de suicídio na enfermagem. REVISA. 2021; 10(2): 250-9. Doi: <https://doi.org/10.36239/revisa.v10.n2.p250a259>

REVISA

1. Centro Universitário ICESP,
Departamento de Enfermagem.
Águas Claras, Distrito Federal Brasil.
<https://orcid.org/0000-0003-4086-4797>

2. Centro Universitário ICESP,
Departamento de Enfermagem.
Águas Claras, Distrito Federal Brasil.
<https://orcid.org/0000-0002-6862-5109>

3. Centro Universitário ICESP,
Departamento de Enfermagem.
Águas Claras, Distrito Federal Brasil.
<https://orcid.org/0000-0003-3775-2647>

Recebido: 22/01/2021
Aprovado: 21/03/2021

RESUMO

Objetivo: analisar a depressão e o risco de suicídio entre os profissionais da Enfermagem segundo a literatura científica. **Método:** trata-se de uma revisão integrativa da literatura realizada nas bases de dados eletrônicas: Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde, Scientific Electronic Library Online e National Library of Medicine, via Pubmed, buscando artigos publicados entre 2010 a 2020. **Resultados:** dentre os fatores desencadeantes para a depressão nos profissionais da enfermagem estão: conflitos no trabalho, de interesse e familiar, plantões noturnos, estresse, sobrecarga, relação interpessoal, baixa perspectiva profissional. Já os fatores desencadeantes para o suicídio estão: depressão, Burnout, baixa relação pessoal, uso de medicamentos e ansiedade. **Conclusão:** a depressão é um problema de saúde pública, em que afeta um grande número de profissionais da enfermagem, sendo mais comum nos técnicos de enfermagem. É preciso que haja criação de políticas públicas para que esse profissional seja atendido semanalmente por psicólogos e rodas de conversas. Desse modo, é de suma importância a detecção precoce de sintomas depressivos e ideação suicida.

Descritores: Depressão; Suicídio; Enfermagem; Depressão entre enfermeiros; Suicídio entre enfermeiros.

ABSTRACT

Objective: to analyze depression and the risk of suicide among nursing professionals according to scientific literature. **Method:** this is an integrative literature review carried out in the electronic databases: Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences, Scientific Electronic Library Online and National Library of Medicine, via Pubmed, looking for articles published between 2010 to 2020. **Results:** among the triggering factors for depression in nursing professionals are: conflicts at work, of interest and family, night shifts, stress, overload, interpersonal relationship, low professional perspective. The triggering factors for suicide, on the other hand, are: depression, Burnout, poor interpersonal relationship, medication use and anxiety. **Conclusion:** depression is a public health problem, in which it affects a large number of nursing professionals, being more common among nursing technicians. It is necessary to create public policies so that this professional is assisted weekly by psychologists and conversations. Thus, it is extremely important for the early detection of depressive symptoms and suicidal ideation.

Descriptors: Depression; Suicide; Nursing; Depression among nurses; Suicide among nurses

RESUMEN

Objetivo: analizar la depresión y el riesgo de suicidio entre los profesionales de enfermería según la literatura científica. **Método:** Se trata de una revisión bibliográfica integradora realizada en las bases de datos electrónicas: Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud, Biblioteca Electrónica Científica en Línea y Biblioteca Nacional de Medicina, vía Pubmed, buscando artículos publicados entre 2010 a 2020. **Resultados:** Entre los factores desencadenantes de la depresión en los profesionales de enfermería se encuentran: conflictos laborales, de interés y familiares, turnos de noche, estrés, sobrecarga, relación interpersonal, baja perspectiva profesional. Los factores desencadenantes del suicidio, por otro lado, son: depresión, Burnout, baja relación personal, uso de medicamentos y ansiedad. **Conclusión:** depresión es un problema de salud pública, en el que afecta a un gran número de profesionales de enfermería, siendo más común entre los técnicos de enfermería. Es necesario crear políticas públicas para que este profesional sea asistido semanalmente por psicólogos y conversaciones. Por tanto, es extremadamente importante para la detección precoz de síntomas depresivos e ideação suicida.

Descritores: Depresión; Suicidio; Enfermería; Depresión entre enfermeras; Suicidio entre enfermeras

Introdução

A palavra depressão é utilizada para descrever um conjunto de sentimentos negativos e sombrios, de longa duração no tempo e no espaço, geralmente relacionados à angústia. Em alguns casos, pode-se considerar a depressão como uma reação natural da pessoa humana em períodos de transição, principalmente em tempos de mudanças e crescimento.¹

A depressão pode ocasionar alteração anormal na função mental do indivíduo, podendo ser compreendida como um prolongamento de sentimentos negativos.²

Conforme a Organização Mundial da Saúde (OMS), a depressão é considerada o 5º maior problema de saúde pública do mundo. Lidera as doenças mentais dos trabalhadores, podendo acometer os indivíduos em qualquer fase da vida, porém, sua maior incidência é na idade média entre 40 e 49 anos, sendo mais comum entre as mulheres.³

A associação entre transtornos mentais e suicídio é de mais de 90%, entre estes transtornos, pode-se citar principalmente a depressão, o transtorno bipolar do humor, o uso abusivo de álcool, a esquizofrenia e os transtornos de personalidade.⁴

Dentre os trabalhadores, os enfermeiros estão entre os profissionais com maiores chances de desenvolver problemas de saúde mental. O trabalhador da área da saúde é diretamente afetado, devido seu se envolvimento com o processo de sofrimento dos pacientes e familiares, onde acabam por se envolver em todo o processo desgastante e cansativo.⁵

Além de ser uma profissão com vários riscos na sua execução, entre eles físicos, químicos e ergonômicos, possui também trabalhos em turnos, precarização do trabalho, restrição de profissional, diminuição da autonomia, extensas tarefas burocráticas, podendo ocasionar um sentimento de insatisfação e insuficiência da qualidade do serviço prestado.⁶ Juntamente com os sintomas depressivos, a incidência de suicídio também é elevada entre os profissionais da saúde. Isso tudo é influenciado pelo estresse do ambiente e processo de trabalho, interferindo diretamente na qualidade de vida destes profissionais e na sua vida laboral.⁷

A enfermagem é uma das profissões que mais cresce no mundo e, com ela, os problemas de saúde mental entre esses profissionais têm se destacado. Entre os trabalhadores da saúde, os profissionais da enfermagem fazem parte do grupo que por apresentam alto índice de transtornos mentais, depressão por ansiedade, estresse, além do estado de exaustão, esgotamento físico e mental por quadros que podem evoluir, e levar ao limite, aumentando o risco de suicídio. O estágio de exaustão representa o mais sério estágio de esgotamento físico e mental, com sintomas crônicos de tristeza permanente, desânimo, pessimismo, isolamento, sentimentos de culpa, distúrbio de sono e pensamento suicida ou de morte.⁷

Entre os fatores que contribuem para o desenvolvimento da depressão na enfermagem estão as condições de trabalho, carga horária excessiva, o não reconhecimento profissional, plantão noturno, conflitos no trabalho, estresse e conflitos familiares. A depressão e o suicídio são problemas de saúde pública, havendo um alto índice de profissionais com esses transtornos e que vem

sofrendo e perdendo suas vidas. Tais dados demonstram a importância de se compreender esse fenômeno, as estratégias de prevenção e os riscos de suicídio.⁷

Nesse sentido, o objetivo desse estudo foi analisar a depressão e o risco de suicídio entre os profissionais da Enfermagem segundo a literatura científica.

Método

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, para a elaboração da revisão integrativa, o revisor determina o objetivo específico, formula os questionamentos e as hipóteses a serem testadas. A partir disso, realiza a busca para identificar e coletar o máximo de pesquisas primárias relevantes dentro dos critérios de inclusão e exclusão estabelecidos.⁸

Para essa pesquisa, seguiram-se as seguintes etapas: estabelecimento da hipótese e objetivos da revisão por meio do estabelecimento de uma questão norteadora, definição dos descritores e palavra-chave para orientar as buscas; definição das informações a serem extraídas dos artigos selecionados; apresentação dos resultados e discussão. A pergunta de pesquisa que guiou essa revisão foi: Qual o conhecimento produzido acerca da depressão e o risco de suicídio entre os profissionais da Enfermagem?

A coleta de dados ocorreu em Agosto de 2020, os locais de busca utilizados para a elaboração desta pesquisa foram as bases de dados eletrônicas: Literatura Americana e do Caribe em Ciência da Saúde (Lilacs), *Scientific Electronic Library Online (SciELO)* e *National Library of Medicine (Medline/via Pub Med)*, e documentos oficiais do Ministério da Saúde (MS). Para a busca, foram utilizado os seguintes descritores cadastrados nos Descritores em Ciências da Saúde (DESC): Depressão AND Suicídio AND Enfermagem AND Depressão entre os enfermeiros AND Suicídio entre os enfermeiros.

Os critérios de inclusão foram: artigos científicos em inglês e português, publicados no período de 2003 a 2020, com disponibilidade de texto completo e gratuito, referentes à depressão e suicídio relacionado a enfermagem. Foram excluídos artigos não reconhecidos academicamente e que tiverem sido publicados a um período superior ao de 17 anos.

Inicialmente, realizou-se uma leitura exploratória dos títulos e resumos para reconhecimento dos artigos que atendiam os critérios de elegibilidade. Em seguida, foi realizada a leitura na íntegra dos artigos previamente selecionados, sendo estes submetidos novamente aos critérios de inclusão e exclusão.

Após a seleção de amostra final, as seguintes variáveis foram extraídas das publicações e compuseram o quadro sinóptico dessa revisão: ano de publicação, webqualis da revista, periódico de publicação, objetivo, método, resultado e conclusões. Para realização da pesquisa, elaboração e formatação do projeto, foi

utilizada a plataforma Google e a ferramenta de edição de texto Microsoft Office Word.

Resultados e Discussão

Inicialmente foram encontrados 70 artigos, após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, foram selecionados 31 artigos para servir de base para a elaboração do projeto.

Caracterização da Depressão e Suicídio na Enfermagem Brasileira

No Brasil, o maior número de profissionais da área da saúde são enfermeiros. Eles exercem o cuidado de grande importância na saúde da população brasileira; sendo assim há uma grande exigência emocional e física. Quando do surgimento da depressão e suicídio, há vários sinais e sintomas, os quais estão expostos no Quadro 1.

Quadro 1- Sinais e Sintomas de Depressão e Suicídio. 2020.

Depressão	Suicídio
Ausência de entendimento de realização de tarefas	Depressão
Baixa expectativa profissional	Burnout
Conflitos de interesse	Baixa realização pessoal
Conflitos familiares	Ansiedade
Estresse	Uso de medicação
Sobrecarga	
Plantões noturnos	
Relações interpessoais	
Não saber lidar com o luto	
Insegurança no trabalho	
Inexperiência profissional	
Conflitos no trabalho	

Ademais, segundo uma pesquisa realizada por de Souza(2020), o sexo feminino (62%) é o mais acometido pois a demanda para a mulher é muito maior em seu dia a dia e por ter mais profissionais desse gênero atuando na enfermagem. Em um estudo realizado por Oliveira et al (2020), revelou a porcentagem de profissionais da enfermagem com sintomas de depressão. O técnico de enfermagem é o mais acometido (59%), seguido do enfermeiro (25%) e por último o auxiliar de enfermagem (16%).⁹⁻¹⁰

A partir do exposto, é preciso considerar que a saúde e a qualidade de vida dos profissionais de enfermagem tendo em vista que a sua prática profissional se dá em realidades complexas, relações humanas das mais diversas, ter que lidar cotidianamente com diferentes exigências, defrontando-se com fatores que podem produzir risco para a depressão e o suicídio, e que contribuem para o adoecimento e comprometem a realização plena do cuidado. Sendo assim, os profissionais da enfermagem com mais sintomas depressivos são os técnicos de enfermagem, talvez por serem em maior número que os demais trabalhadores da área. Ademais, o sexo feminino é o mais prevalente, sendo que esse gênero é

o mais prevalente na da enfermagem, além de suas altas demandas do dia a dia, como o terceiro turno (em casa) e sobrecarga de trabalho, favorecem o desenvolvimento de depressão e ideação suicida.⁹⁻¹⁰

Desse modo, é preciso se atentar para a gravidade dos riscos que esses profissionais correm, tanto no seu trabalho quanto na vida pessoal, em desenvolver transtornos mentais e que, muitas vezes é negligenciado, inclusive pelos próprios profissionais. Medidas para melhorar as relações interpessoais no ambiente de trabalho dos profissionais da enfermagem devem ser adaptadas como diálogo, escuta, vínculo e acolhimento, visto que favorecem a compreensão do sofrimento, valorização das experiências e atenção às necessidades das diferentes pessoas envolvidas no processo de trabalho. Por exemplo, pode-se criar roda de conversas semanais e psicólogos à disposição de forma gratuita para cada profissional. Sendo assim, deve-se identificar os problemas psíquicos entre esses profissionais, com o fim de formular programas educacionais e estratégias clínicas para a orientação e o diagnóstico precoce, com o objetivo de prevenir a cronificação do transtorno depressivo, diminuir o risco do suicídio e o aumento de outros transtornos psiquiátricos.

Depressão

O termo depressão é relativamente novo, sendo usado pela primeira vez em 1960, para indicar um estado de desânimo ou perda de interesse pela vida. O desenvolvimento do conceito de depressão emergiu com o declínio das crenças mágicas e que baseiam o entendimento dos transtornos mentais até então. A depressão gera uma série de implicações no ser humano, ocasionado dentre outras doenças, alguns sintomas como a insônia, os distúrbios do sono e da alimentação.¹¹

As pessoas com depressão descrevem a perda da capacidade de sentir prazer nas atividades em geral, demonstram menos interesse pelo ambiente ao redor, negligenciando suas atividades profissionais e sociais. Queixas de fadiga e falta de energia mesmo em atividades que não exigem esforços físicos são alguns dos sintomas envolvidos.¹²

Dependendo do número e da gravidade dos sintomas, um episódio depressivo pode ser classificado como leve, moderado ou grave. A depressão leve pode ser uma resposta adaptativa normal a perdas e separação breve, já as depressões graves são consequências de repetidas separações, perdas e traumas imensos, causando muito sofrimento e disfunção.¹³

Quando ocorre o episódio depressivo grave, o indivíduo fica atribulado ou abalado. Tem perda da auto-estima, sentimentos de inutilidade ou culpa. O depressivo grave não consegue desenvolver suas atividades diárias sociais e domésticas, podendo apresentar sintomas psicóticos como retardo psicomotor, alucinações e delírios, sendo o suicídio é um risco marcante.¹⁴

Conforme o Boletim Brasileiro de Avaliação de Tecnologias em Saúde (2012), para a realização do diagnóstico da depressão, deve ser feita uma entrevista para a identificação dos sintomas, levando em conta a tendência de negação do próprio paciente, ou mesmo de minimização e justificação. Para estabelecer o diagnóstico diferencial, informações adicionais são importantes para que se identifique o fator causador da depressão. Assim sendo, o diagnóstico da depressão depende da avaliação do paciente, do estado geral em

que se encontra e o seu histórico pessoal e familiar. A partir do diagnóstico correto, deve-se implementar o tratamento mais adequado, a fim de diminuir os sintomas e melhorar a qualidade de vida do paciente.¹⁵

Os tratamentos psicossociais são eficazes para a depressão leve. Os antidepressivos podem ser uma forma eficaz de tratamento para depressão moderada a grave, mas não são a primeira linha de tratamento para casos de depressão leve.¹⁶

É muito importante a assistência médica necessária, juntamente com a colaboração do paciente e o uso correto da medicação. Portanto, é um trabalho de parceria em busca da melhora do indivíduo acometido pela patologia. Ainda para o autor os medicamentos antidepressivos têm a função de regular os componentes substanciais do cérebro, trazendo, assim, um alívio temporário para o paciente, que se anima com o resultado parcial e se empenha ao máximo na solução do problema.¹⁷

O tratamento medicamentoso é primordial para se obter benefícios clínicos, porém o paciente não deve abandonar o mesmo quando percebe melhoras dos sintomas. É muito comum o paciente abandonar o tratamento precocemente acreditando que não precisa mais, porém isso só deve ser realizado com orientação médica.¹⁸

A depressão na enfermagem

Estudos mostram que o adoecimento psíquico está cada vez mais comum entre as profissões, sendo que a área da saúde e entre elas as mais afetadas, especialmente a enfermagem, que está exposta a diversas situações de estresse. O profissional da saúde deve estar apto a lidar com todos os tipos de patologias, inclusive aquelas de caráter terminal, que levam o paciente a um quadro depressivo agravado, e para isso tem que estar bem psicologicamente, porém nem sempre é isso que acontece, pois o profissional se envolve e absorve esta situação depressiva.^{6,19}

A área da saúde principalmente a enfermagem, é considerada como uma das profissões mais estressantes, e isso se dá pelas condições insatisfatórias do local de trabalho, o contato direto com o sofrimento, morte, número insuficiente de profissionais, grande número de tarefas e baixo salário apoio da chefia sobrecarrega o funcionário tornando-o desmotivado e estressado. A consequência mais marcante do estresse profissional é a redução do pelo trabalho, o que interfere nas relações e os acontecimentos deixam de ter importância, e todo o esforço pessoal parece inútil para o profissional acometido.²⁰⁻²¹

Estresse ocupacional é aquele oriundo do trabalho, ou seja, é um conjunto de fenômenos que se apresentam no organismo do trabalhador incapaz de enfrentar as demandas requeridas pela sua ocupação, podendo afetar sua saúde e seu bem-estar. Quando esse estresse se torna contínuo, pode favorecer o aparecimento de algumas doenças, entre elas, os transtornos depressivos e a síndrome de *burnout*.²²

O *burnout*, é uma resposta de um estresse crônico que afeta a atuação do trabalhador, o relacionamento interpessoal, a produtividade, como também a qualidade de vida do indivíduo. Vale ressaltar que nem todo profissional depressivo desenvolve síndrome de *burnout*, pois as vezes o agente causador da

depressão podem ser outros motivos, além do trabalho.²³

Além dos fatores citados, outros fatores desencadeantes de transtornos psíquicos na enfermagem é a ocorrência de rodízios de turnos, que podem ocasionar alterações de sono, distúrbios gastrintestinais e cardiovasculares, desordens psíquicas, principalmente a depressão.²⁴

Da mesma forma, o trabalho noturno, além de ocasionar dificuldade para dormir e acordar, pode levar os profissionais ao uso abusivo de álcool ou outras substâncias, incluindo dependência em alguns tipos de medicação, causando-lhes irritação e agressividade e, dessa forma, levando a prejuízos em sua vida laboral, familiar e social. O sofrimento patológico vivenciado no trabalho passa a funcionar como um agente de fragilização da saúde.²⁵⁻²⁶

Quando alguém da equipe de enfermagem entra em depressão, incidem vários contratempos à instituição, a qual ele presta os serviços, principalmente uma provável quebra da equipe de trabalho. O que de certa forma acaba ocasionando diversas situações relacionadas a organização do trabalho e ao atendimento prestado aos clientes.²⁷

A sobrecarga de trabalho e a duração do trabalho, a falta de autonomia e controle nos processos de trabalho, a presença de riscos físicos, químicos e biológicos, lidar com o sofrimento, a insuficiência de recursos, a responsabilidade por pessoas, a remuneração, o quadro familiar, o conflito casa-trabalho, são considerados fatores de stress nos profissionais de saúde.²⁸

A crise do suicídio na enfermagem

Os enfermeiros correm maior risco de suicídio do que a população em geral e são quatro vezes mais propensas a suicidar-se do que as pessoas que trabalham em qualquer outra profissão. Além disso, enfermeiras têm maior probabilidade de cometer suicídio do que os homens.²⁹

Gomes e Oliveira completam que os fatores externos que estão levando alguns enfermeiros ao limite estão amplamente relacionados à natureza do setor de saúde e ao ambiente de trabalho. Muitos dos profissionais de saúde de hoje estão trabalhando em ambientes que são um terreno fértil para o estresse e traumas no local de trabalho. Para os enfermeiros, eles também são confrontados com condições de trabalho perigosas, horários de trabalho inconsistentes e longos turnos, muitas vezes em dupla jornada de trabalho.¹⁶

Existem alguns fatores ocupacionais relacionados ao suicídio de enfermeiros, como por exemplo o auto sacrifício, pois ficam regularmente presos entre as demandas do sistema e as de seus pacientes.³⁰

Uma cultura de auto sacrifício é predominante na área da saúde, o que significa que os enfermeiros muitas vezes não desenvolvem as estratégias de autocuidado e autocompaixão necessária para prosperar em condições exigentes - eles estão mais preocupados com o bem-estar dos pacientes do que com seus próprio.³⁰

Outros fatores que estão relacionados ao suicídio são o assédio moral, a pressão emocional, longas horas devido à falta de pessoal, que contribuem para problemas de saúde mental e violência e abuso no local de trabalho.³⁰

Cita-se o exemplo de visitantes e familiares que acabam agredindo fisicamente e verbalmente a equipe de saúde, também descontam sua raiva nos

enfermeiros durante o que pode ser um momento emocionalmente difícil para eles.¹⁶

Enfermeiros que trabalham no pronto-socorro ou em turnos noturnos têm maior probabilidade de ficarem expostos à violência porque esses são os momentos em que estão mais frequentemente em contato com pacientes sob a influência de drogas ou álcool. Muitos casos de abuso não são relatados e são vistos como parte do trabalho. Toda essa carga é imposta a esses profissionais, sem que tenha uma retaguarda para sua saúde física emocional, deixando-os resolver por conta própria o que é um grande gerador de depressão.^{16,31}

Os sinais de alerta nem sempre estão presentes ou são confiáveis. Quando estão presentes, podem ser difíceis de detectar. Uma carga de trabalho pesada e um ritmo rápido de trabalho muitas vezes significam que os colegas estão muito ocupados ou preocupados para perceber os primeiros sinais de alerta. Deve-se ficar atento, pois sinais como tristeza, desmotivação e mudança de comportamento podem simplesmente indicar deterioração da saúde mental, sendo necessária atenção para evitar o agravamento, como por exemplo o suicídio.³⁰

Algumas medidas preventivas de depressão e suicídio entre os profissionais da saúde incluem a redução de horas de trabalho, condições de trabalho atrativas e gratificantes, reconhecimento da necessidade de formação permanente e o investimento no aperfeiçoamento profissional, suporte social às equipes e favorecer a sua participação nas decisões. Assim, deve existir uma abordagem que encare este como um problema coletivo e organizacional e não individual.²³

É primordial que existam estratégias preventivas e terapêuticas de enfrentamento a situações de conflito do profissional de Enfermagem, principalmente para aqueles que trabalham em unidades críticas. Deve-se incluir estratégias multidisciplinares para o preparo emocional destes profissionais, objetivando minimizar os estados de ansiedade, diminuindo a depressão, e evitando assim o risco de suicídio.²⁴

Conclusão

A depressão é um conjunto de sentimentos negativos e sombrios, de longa duração no tempo e no espaço, que pode estar associada à angústia, sendo considerada o 5º maior problema de saúde pública do mundo, com seu pico entre 40 e 49 anos, prevalecendo nas mulheres.

Os profissionais da área são os mais afetados, pois devem lidar com todo tipo de doenças do ser humano, inclusive terminais, que levam o paciente a um quadro psicológico agravado. Nesse grupo, os enfermeiros são os que mais sofrem, pois passam por situações mais estressantes. As mulheres são as mais prejudicadas por essa situação e dentre as profissões da enfermagem, é mais prevalente em técnicos de enfermagem

Dentre os fatores desencadeantes para a depressão nos profissionais da enfermagem estão: conflitos no trabalho, de interesse e familiar, plantões noturnos, estresse, sobrecarga, relação interpessoal, baixa perspectiva profissional. Já os fatores desencadeantes para o suicídio estão: depressão, Burnout, baixa relação pessoa, uso de medicamentos e ansiedade.

Por fim, deve-se identificar os problemas psíquicos entre esses profissionais, com o fim de formular programas educacionais e estratégias clínicas para a orientação e o diagnóstico precoce, com o objetivo de prevenir a cronificação do transtorno depressivo, diminuir o risco do suicídio e o aumento de outros transtornos psiquiátricos.

Agradecimento

Essa pesquisa não recebeu financiamento para sua realização.

Referências

1. Gomes AMA. Um olhar sobre depressão e religião numa perspectiva compreensiva. REVER/2011; 25(40): 81-109.
2. Gherardi-Donato ECS, Cardoso L, Teixeira CAB, Pereira SS, Reisdorfer E. Associação entre depressão e estresse laboral em profissionais de enfermagem de nível médio. Rev Latinoam Enferm. 2015;23(4):733-40
Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.0069.2610www.eerp.usp.br/rlae>
3. Organização Mundial Da Saúde. Conquering Depression: Some facts and figures. Geneva: WHO, 2001. Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204901/B0756.pdf?sequence=1&isAllOwe=y>>. Acesso em: 08 out 2020.
4. Meleiro A, Teng CT, Wang YP. Suicídio: estudos fundamentais. São Paulo: Segmento Farma; 2004.
5. Farias MCON. Os cuidados da enfermagem no tratamento da esquizofrenia. Florianópolis. Monografia [Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Atenção Psicossocial]- Universidade Federal de Santa Catarina; 2003. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/167547>>. Acesso em: 15 out 2020.
6. Araújo GS, Sampaio AS, Santos EM, Barreto SMG, Almeida NJV, Santos MLD. Perfil de trabalhadores de Enfermagem acompanhados por equipe multiprofissional de saúde mental. Rev Rene. 2014 mar-abr; 15(2):257-63.
7. Barbosa KKS, Vieira KFL, Alves ERP, Virgínio NA. Sintomas depressivos e ideação suicida em enfermeiros e médicos da assistência hospitalar. Rev Enferm UFSM. 2012; 2(3):515-22. <https://doi.org/10.5902/217976925910>
8. Mendes K D S, Silveira R C C P, Galvão C M. Revisão integrativa: Métodos de pesquisa para incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto contexto enferm. (2008); 17(4) 758-764.
9. Sousa EPN, Silva HTA, Cardoso LP, Nunes RL. A relação de depressão e suicídio no profissional de enfermagem: Uma revisão integrativa. ReBIS. 2020; 2(4):44-50.
10. Oliveira AV, Nascimento EB, Lima RN, Aoyama EA. Suicídio entre os profissionais de saúde. ReBIS. 2020; 2(4):11-6.
11. Quevedo J, Geraldo SA. Depressão: Teoria e Clínica. Porto Alegre: Artmed; 2013.
12. Jardim S. Depressão e trabalho: Ruptura de Laço Social. Rev bras saúde ocup. 2011; 36(123): 84-92. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0303-76572011000100008>
13. Dalgalarrodo P. Psicopatologia e Semiologia dos Transtornos Mentais. 2. ed. Porto Alegre: Artmed; 2008.
14. Feitosa MP, Bohry S, Machado EL. Depressão: família, e seu papel no tratamento do paciente. Rev Psicol. 2011; 14(21): 127-44.
15. Boletim Brasileiro de Avaliação de Tecnologias em Saúde. Antidepressivos no Transtorno

- Depressivo Maior em Adultos. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/brats_18.pdf>. Acesso em: 14 out 2020. 2012.
16. Gomes RK, Oliveira VB. Depressão, ansiedade e suporte social em profissionais de enfermagem. *Bol Psicol.* 2013; 63(138): 23-34.
 17. Velasco PM. Depressão e transtornos mentais: tudo o que você precisa saber. 2ª ed. Rio de Janeiro: Wak Ed; 2009.
 18. Ibanez G, Mercedes BPC, Vedana KGG, Miasso AI. Adesão e dificuldades relacionadas ao tratamento medicamentoso e em pacientes com depressão. *Rev bras enferm.* 2014; 67(4): 556-62. Doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2014670409>
 19. Kolhs M, Machrib E, Ferrib G, Brustolinb A, Boccac M. Sentimentos de Enfermeiro frente ao paciente oncológico. *J J Health Sci.* 2016; 18(4): 245-0. Doi: <https://doi.org/10.17921/2447-8938.2016v18n4p245-50>
 20. França TLB de, Oliveira ACBL, Lima LF, Melo JKF, Silva RAR. Síndrome de Burnout características, diagnóstico, fatores de risco e prevenção. *Rev enferm UFPE. Rev enferm UFPE on line.* 2014; 8(10):3539-46. Doi: <https://doi.org/10.5205/reuol.6039-55477-1-ED.0810201434>
 21. Skorek J, Souza RA, Bezerra RM. Síndrome de Burnout em profissionais de enfermagem atuantes em unidades de terapia intensiva. *J Nurs UFPE on line [Internet].* 2013 Oct [cited 2014 Apr 08]; 7(10):6174-83. Available from: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/3146/pdf_3761
 22. Rodrigues CSD. Modelo Demanda-Controle e estresse ocupacional entre profissionais de enfermagem: revisão integrativa. *Rev Bras Enferm.* 2013; 66(5): 779-88.
 23. Pinto A. Burnout versus stress: investigações em profissionais. *Nursing.* 2008; 20(240): 6-10.
 24. Rios KA, Barbosa DA, Belasco AG. Avaliação de qualidade de vida e depressão de técnicos e auxiliares de enfermagem. *Rev Latinoam Enferm.* 2010; 18(3): 413-20.
 25. Vargas D. Prevalência de depressão em trabalhadores de enfermagem de Unidade de Terapia Intensiva: estudo em hospitais de uma cidade do noroeste do Estado São Paulo. *Rev Latinoam Enferm.* 2011; 19(5): 1114-21.
 26. Silva, Patrícia Costa da, and Álvaro Roberto Crespo Merlo. Prazer e sofrimento de psicólogos no trabalho em empresas privadas." *Psicologia: Ciência e profissão* 27.1 (2007): 132-147.
 27. Seeman S, Garcez EMS. Adoecimento Psíquico em Profissionais da Enfermagem. *Rev saúde públ. santa cat.* 2012; 5(2): 46-71.
 28. Velez, C. Gestão do stress nos Profissionais de Saúde. *Nursing* 179 (2003): 10-13.
 29. Cano-Langreo M, Cicirello-Salas S, López-López A, Aguilar-Vela M, Veiga-de Cabo J. Marco actual del suicidio e ideas suicidas en personal sanitario. *Med Segur Trab.* 2015; 60(234): 198-218.
 30. Kinman G, Leggetter S. Emotional Labour and Wellbeing: What Protects Nurses? *Healthcare(Basel).* 2016; 4(4): 89. Doi: <https://doi.org/10.3390/healthcare4040089>
 31. Antônio MCR, Candi MCFS, Contrera L, Duarte S, Furegato AR, Pontes ERC. Alterações de saúde e sintomas sugestivos de depressão entre trabalhadores da Enfermagem do serviço de atendimento móvel de urgência. *Enferm. foco (Brasília).* 2014; 5(1/2): 4-7.

Autor de Correspondência

Janaina Sales Barbosa Araújo
QS 05, Rua 300, lote 01. CEP: 71961540. Bairro.
Águas Claras, Distrito Federal Brasil.
janaina.araujo@souicesp.com.br

Capacitação técnica e atuação prática do docente frente à simulação realística: estudo de escopo

Technical training and practical performance of the teacher in the face of realistic simulation: scope study

Formación técnica y desempeño práctico del docente ante la simulación realista: estudio de alcance

Beatriz Modesto Bahia¹, Micael Gomes De Souza², Renata Stephan Prado Jaqueira³, Roberta Buchidid⁴, Camila Cristine Antonietti⁵

Como citar: Bahia BM, Souza MG, Jaqueira RSP, Buchidid R, Antonietti CC. Capacitação técnica e atuação prática do docente frente à simulação realística: estudo de escopo. REvisa. 2021; 10(2): 260-8. Doi: <https://doi.org/10.36239/revisa.v10.n2.p260a268>

REVISA

1. Universidade Anhembi Morumbi. São Paulo, São Paulo, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-1382-9323>
2. Universidade Anhembi Morumbi. São Paulo, São Paulo, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-4447-8159>
3. Universidade Anhembi Morumbi. São Paulo, São Paulo, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-2964-5350>
4. Universidade Anhembi Morumbi. São Paulo, São Paulo, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-3542-7691>
5. Universidade Anhembi Morumbi. São Paulo, São Paulo, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-3542-7691>

Recebido: 12/01/2020
Aprovado: 19/03/2021

RESUMO

Objetivo: avaliar a capacitação técnica e atuação prática, bem como as dificuldades e desafios dos docentes frente à metodologia da simulação realística. **Método:** Esta revisão foi elaborada de acordo com metodologia de um scoping review (análise de escopo). A pergunta principal a ser respondida foi: "Tem sido estudada e mensurada a capacitação dos docentes do curso de graduação em Enfermagem, diante da aplicação de práticas na metodologia de Simulação Realística?". **Resultados:** Dentre os artigos avaliados, seis foram escolhidos, e as principais barreiras percebidas, nos estudos, foram as organizacionais, como falta de recursos financeiros e de infraestrutura tecnológica para o aprimoramento dos docentes, além de outros aspectos, como falta de informações sobre a importância da prática baseada em evidências, educação continuada para os professores e falta de tempo no cotidiano do trabalho para treinamentos institucionais. **Conclusão:** Há poucas evidências científicas nacionais que determinem necessidade de capacitação técnica e atuação prática, bem como as que evidenciam as dificuldades e desafios dos docentes frente à prática da simulação realística.

Descritores: Ensino; Enfermagem; Simulação de Paciente; Treinamento com Simulação de Alta Fidelidade; Treinamento por Simulação.

ABSTRACT

Objective: to evaluate the technical training and practical practice, as well as the difficulties and challenges of teachers in the face of the methodology of realistic simulation. **Method:** This review was prepared according to the scope analysis methodology (scope analysis). The main question to be answered was: "Has the training of professors of the undergraduate nursing course been studied and measured, given the application of practice in the Realistic Simulation methodology?". **Results:** Among the articles adopted, six were chosen, and the main barriers perceived in the studies were organizational ones, such as lack of financial resources and technological infrastructure for the improvement of teachers, in addition to other aspects, such as lack of information about the importance of evidence practice, continuing education for teachers and lack of time in daily work for institutional training. **Conclusion:** There is national scientific evidence that determines the need for technical training and practical practice, as well as the difficulties and challenges of teachers in the face of the practice of realistic simulation.

Descriptors: Teaching; Nursing; Patient Simulation; High Fidelity Simulation Training; Simulation Training.

RESUMEN

Objetivo: evaluar la formación técnica y práctica práctica, así como las dificultades y desafíos de los docentes ante la metodología de simulación realista. **Método:** Esta revisión se elaboró de acuerdo con la metodología de análisis de alcance (análisis de alcance). La pregunta principal a responder fue: "¿Se ha estudiado y medido la formación de los profesores de la carrera de enfermería, dada la aplicación de la práctica en la metodología de Simulación Realista?". **Resultados:** Entre los artículos adoptados se eligieron seis, y las principales barreras percibidas en los estudios fueron organizativas, como la falta de recursos económicos e infraestructura tecnológica para el mejoramiento de los docentes, además de otros aspectos, como la falta de información sobre la importancia de la práctica de la evidencia, la formación continua de los docentes y la falta de tiempo en el trabajo diario para la formación institucional. **Conclusión:** Existe evidencia científica nacional que determina la necesidad de formación técnica y práctica práctica, así como las dificultades y desafíos de los docentes ante la práctica de la simulación realista.

Descritores: Docencia; Enfermería; Simulación de pacientes; Entrenamiento de simulación de alta fidelidad; Entrenamiento de simulación.

Introdução

A preocupação com o desenvolvimento de habilidades e educação continuada tem levado a semiologia e outras disciplinas da área da saúde a promover um ensino menos diretivo e mais estimulador da participação ativa dos alunos.¹

Nesse novo contexto, a utilização da simulação tem se tornado parte importante dos cursos, representando uma forma inovadora, prática e ética de aquisição de competências pelos alunos.² Segundo a definição do Centro de Simulação de Harvard, "simulação é uma situação criada para permitir que pessoas experimentem a representação de um evento real, com o propósito de praticar, aprender, avaliar, testar ou entender sistemas ou ações humanas".³

Uma vez que a simulação é uma prática com bons resultados para o aprendizado de conteúdos clínicos, há experiências que pautam a concepção construtivista e partem da premissa de que aprender não é reproduzir a realidade, mas ser capaz de elaborar uma representação pessoal sobre a situação apresentada.⁴ Dessa forma, a vivência de situações simuladas permite maior desenvolvimento de conhecimentos, habilidades e atitudes dos estudantes.⁵

O uso da simulação, na graduação para os diversos cursos da área da saúde, promove benefícios no processo de ensino-aprendizagem, uma vez que oferece condições para o treinamento de inúmeras habilidades essenciais para as variadas práticas profissionais.⁶ Entre elas, podemos incluir não somente o treinamento de habilidades procedimentais, mas também as habilidades de comunicação com os pacientes, familiares e equipe multidisciplinar, nas quais o desenvolvimento das relações de trabalho em equipe, incluindo a abordagem ética e humanística dos pacientes⁷, melhores padrões de atendimento e formação, gestão de erros e segurança do paciente, a autonomia do paciente, da justiça social e distribuição de recursos.⁵

Entre as vantagens do ensino baseado na simulação está a possibilidade de repetição de habilidades, buscando uma aquisição progressiva das capacidades e competências, além de permitir vivências de situações próximas ao real antes do contato direto com o paciente, o que promove um aprendizado colaborativo, motivacional e significativo.⁸⁻¹¹ Exemplos disso são as situações de urgência e emergência, em que a observação e atuação prévias proporcionam maior segurança no atendimento, exigindo conhecimento, eficiência e habilidade na tomada de decisões.¹

A tecnologia tem sido utilizada como aliada às novas metodologias de ensino, com comprovação científica de que esta estratégia educacional deve integrar parte do treinamento.² Os manequins e simuladores disponíveis hoje, com recursos digitais avançados e pormenores anatômicos de grande fidelidade ao corpo humano, possibilitam a simulação de situações simples a complexas de determinada ocorrência ou quadro clínico. Porém, não obstante a todos os recursos tecnológicos existentes, o preparo do docente para facilitar esse processo é mandatório para o sucesso da atividade, ou seja, investimento altíssimo em tecnologia não garante efetividade no treinamento; uma contextualização bem elaborada terá significado real aos estudantes, levando-os à reflexão e retenção do seu conhecimento.⁷

Os docentes devem trabalhar juntos na decisão de quais tópicos poderão ou não se beneficiar da simulação, uma vez que esta pode ser inserida em todos

os momentos do curso em que seja necessário trabalhar o raciocínio clínico dos estudantes, e isso não necessariamente deverá estar ligado a procedimentos ou condutas terapêuticas, mas sim para transferir conteúdos teóricos em práticos.⁷

Por fim, a simulação não é uma substituta à prática clínica, mas uma complementação para a formação, possibilitando o contato do aluno com situações que nem sempre seriam possíveis na clínica, tornando o ensino mais uniforme para este e mais ético para os pacientes. Sua inserção curricular deve ser realizada de modo integrado às práticas já existentes no currículo de cada universidade e pode ser inserida desde o início do curso em associação a outras atividades. A capacitação do docente na metodologia é fundamental para que essa atividade seja motivadora, em ambiente controlado e significativa.⁷

Baseados no fato de que a Simulação Clínica, ou Simulação Realística, tem conquistado amplo espaço na formação, capacitação e/ou atualização de estudantes e profissionais das mais diversas áreas da saúde, sabendo que o docente possui papel fundamental nesta metodologia de ensino, o objetivo do trabalho será avaliar a capacitação técnica e atuação prática, bem como as dificuldades e desafios dos docentes frente à educação realística.

Método

Esta revisão foi elaborada de acordo com metodologia de um *scoping review* (análise de escopo), recomendada pelo Instituto Joanna Briggs¹². A técnica de *scoping review* está sendo amplamente utilizada na área das ciências da saúde, com a finalidade de sintetizar e disseminar os resultados de estudos a respeito de um assunto.¹³⁻¹⁶ O objetivo de uma análise de escopo é mapear, por meio de um método rigoroso e transparente, o estado da arte em uma área temática, pretendendo fornecer uma visão descritiva dos estudos revisados, sem avaliá-los criticamente ou sumarizar evidências de diferentes investigações, como ocorre em uma revisão sistemática.¹⁷

As revisões do escopo diferem das sistemáticas, porque não visam a avaliar a qualidade das evidências disponíveis, mas objetivam mapear rapidamente os principais conceitos que sustentam uma área de pesquisa¹⁷. Porém, elas diferem de uma revisão tradicional da literatura na medida em que envolvem um procedimento mais sistemático.

Nessa perspectiva, esta revisão de escopo usou o arcabouço metodológico proposto por Arksey e O'Malley¹⁷, com as emendas feitas por Levac, Colquhoun e O'Brien¹³, Peters e colaboradores¹⁸⁻¹⁹, estudiosos do Instituto Joanna Briggs. Adaptando-se aos nossos propósitos, a estrutura desta revisão consiste em seis principais etapas consecutivas: identificação da questão e objetivo de pesquisa; identificação de estudos relevantes, que viabilizassem a amplitude e abrangência dos propósitos da revisão; seleção de estudo, conforme os critérios predefinidos; mapeamento de dados; sumarização dos resultados, por meio de uma análise temática qualitativa em relação ao objetivo e pergunta; apresentação dos resultados, identificando as implicações para política, prática ou pesquisa.

Inicialmente, foi definida a seguinte pergunta de investigação: "Tem sido estudada e mensurada a capacitação dos docentes do curso de graduação em Enfermagem diante da aplicação de práticas na metodologia de Simulação Realística?".

Na sequência, foram identificadas as palavras-chaves (descritores) que conseguissem captar os artigos referentes à temática desta pesquisa, a saber: “docência”, “enfermagem” e “simulação”.

Para a identificação dos estudos relevantes, foram consultados os bancos de dados de periódicos da BVS (Biblioteca Virtual em Saúde). Essa base de dados foi selecionada por ser abrangente, tendo ampla cobertura das publicações na área da saúde. Utilizou-se a seguinte estratégia de busca: “na Docência OR Enfermagem OR Simulação”, a qual foi desenvolvida pelo terceiro autor (pesquisador principal) em colaboração com a primeira autora e uma bibliotecária da Universidade Anhembi Morumbi.

A captura dos documentos restringiu-se aos seguintes critérios de inclusão: artigos publicados em periódicos indexados na área da saúde, texto completo, língua portuguesa. O ano inicial para o começo da busca foi 2015, sendo que a coleta (e atualização) dos estudos ocorreu em setembro de 2020.

Resultados

Todos os 1.401 estudos encontrados foram incorporados em uma planilha no programa Excel®. Na sequência, foi realizada a identificação e a exclusão dos 891 artigos não relacionados com a busca, restando 510 estudos. Destes, após leitura dos títulos e resumos, 96 foram excluídos por não apresentar elementos que atendessem ao objetivo desta revisão, e 170 estavam repetidos. Ressalta-se aqui que, quando a relevância de um estudo não era clara a partir do resumo, o artigo completo era recuperado para sua leitura integral pelo terceiro autor, a fim de verificar se abordava adequadamente a questão de pesquisa. Os 244 que permaneceram na seleção foram lidos; destes, 235 foram excluídos. As razões mais comuns para a exclusão dos estudos foi por não abordarem, de forma substancial, os desafios da docência na prática da Simulação Realística no curso de graduação de Enfermagem.

Os nove estudos selecionados para fazer parte desta revisão foram mapeados por meio de uma planilha no programa Excel®, com as seguintes informações: data da busca, descritor, título, autor(es), ano da publicação e objetivos.

Tabela 1 - Artigos selecionados após aplicação das etapas metodológicas, quanto ao nome do autor, título, ano de publicação e objetivos do estudo. São Paulo, 2020.

Docentes atuando na simulação para os cursos de graduação de medicina e enfermagem: desafios, ganhos, melhorias				
Data	Descritor	Nº	Artigos Finais	Objetivos
17/set	Docência	1	Eficácia da simulação no ensino de imunização em enfermagem: ensaio clínico randomizado	Avaliar a eficácia da simulação clínica no desempenho cognitivo de estudantes de enfermagem em cenários de imunização de adultos no contexto da Atenção Primária à Saúde.
20/set	Enfermagem	2	Tipos e finalidades da simulação no ensino de graduação em enfermagem: revisão integrativa da literatura	Identificar os tipos e as finalidades da simulação no ensino de graduação em enfermagem.

20/set	Enfermagem	3	Development of an instructor guide tool: 'Three Stages of Holistic Debriefing'.	Descrever o desenvolvimento de uma Ferramenta de Debriefing Holística em Inglês e Português do Brasil voltada para educadores de enfermagem para promover uma aprendizagem reflexiva.
20/set	Enfermagem	4	Elementos da face do professor no cenário tutorial: implicações na formação de enfermeiros	Conhecer os elementos presentes na face do professor que determinam o processo de ensino-aprendizagem no cenário tutorial e analisar suas implicações na formação de enfermeiros.
20/set	Enfermagem	5	O uso da simulação no contexto da educação e formação em saúde e enfermagem: uma reflexão acadêmica	Refletir sobre as perspectivas atuais de ensino e aprendizagem no contexto da formação em saúde e enfermagem a partir do uso da simulação enquanto metodologia ativa.
17/set	Simulação	6	Uso da Escala de Satisfação dos Estudantes e Autoconfiança com a Aprendizagem (ESEAA) e da Escala do Design da Simulação (EDS) no ensino de enfermagem: relato de experiência	Relatar a experiência com o uso da Escala de Satisfação dos Estudantes e Autoconfiança com a Aprendizagem (ESEAA) e da Escala do Design da Simulação (EDS), obtidas a partir da adaptação transcultural da Student Satisfaction and Self-Confidence in Learning (SSSCL) e da Simulation Design Scale (SDS) no curso de Graduação em Enfermagem.
17/set	Simulação	7	Implantação e desenvolvimento do Laboratório de Simulação (LabSim) da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP-USP)	Objetivos de 1) Centralizar, facilitar, capacitar e coordenar as atividades didáticas que envolvam Simulação para os cursos oferecidos pela FMRP-USP; 2) Promover autoaprendizado entre alunos de graduação para consolidação e complementação do conteúdo fornecido em cursos regulares; 3) Desenvolver iniciativas inovadoras de capacitação e pesquisa em Simulação em Saúde.
17/set	Simulação	8	A pedagogia por trás da experiência clínica simulada: uma percepção de estudantes de enfermagem	Analisar a percepção de estudantes de enfermagem quanto à vivência da Simulação Clínica com participação de atores.
17/set	Enfermagem E Simulação	9	From theory to practice, operating the clinical simulation in Nursing teaching.	Relatar a experiência de operacionalização da simulação clínica como estratégia pedagógica em uma disciplina de um curso de graduação em Enfermagem.

Discussão

A importância da simulação se dá por proporcionar experiências durante o processo educativo, aos estudantes, com oportunidades para repetição, reconhecimento de padrões e tomada de decisão, por meio da fidelidade proporcionada pelo docente ao criar um cenário com maior aproximação possível da realidade, favorecendo o aprendizado prático do estudante mediante o conteúdo fornecido previamente, de modo que ele possa se sentir capaz de resolvê-los.²⁰⁻²¹

A partir da simulação, garante-se, então, a experiência de um evento tal qual o real, em um ambiente seguro, permitindo simular condições ideais para a aplicação de conhecimentos prévios de sala de aula, com a possibilidade de o estudante refletir a respeito de seus próprios erros, além do desenvolvimento de competências e habilidades, no estudante, para sua atuação direta com o paciente, garantindo uma prática permissiva de erros que não lhes causam danos.²²⁻²³

A simulação garante um ambiente seguro e controlado, com possibilidade de variações de conteúdo e de níveis de dificuldades, prevenindo potenciais riscos, alinhado com as diretrizes nacionais curriculares.²³

Pesquisas retratam benefícios e aquisição de competências e habilidades tais como a empatia, a articulação entre teoria e prática, a diminuição dos erros, a tomada de decisão, o desenvolvimento de liderança e, ainda, aumento dos níveis de satisfação, autonomia e autoconfiança para os profissionais treinados.²⁴⁻²⁷ Mas a pergunta que se destaca é: “Quem treina esses profissionais deveria estar treinado também quanto à metodologia?”.

O estudo destaca, além disso, a importância que a mobilização em torno dessa metodologia não se direcione somente à tecnologia e à infraestrutura a elas relacionadas, mas também à capacitação e à compreensão da base conceitual de seu uso pelos profissionais envolvidos no ensino em saúde, para que haja melhor aproveitamento de seu potencial de promoção, neste novo tempo em excelência de ensino em saúde, que a simulação clínica pode favorecer.³

A revisão de literatura, realizada em 2020, por Goes et al, evidenciou lacunas, nas pesquisas encontradas nas buscas, devido à falta de estudos voltados ao desenvolvimento do enfermeiro educador para a promoção das melhores práticas pedagógicas, além da verificação da inexistência de ferramentas disponíveis para auxiliar os educadores de enfermagem na realização de *debriefing* focado no aprendizado atitudinal, técnico e cognitivo ao mesmo tempo.

Os autores Silva et al (2016), Costa et al (2015), Bergamasco et al (2018), Pazin-Filho et al (2016) e Oliveira et al (2018) destacam a importância da prática a ser realizada nos preceitos da metodologia, sem exceções, para atingir os objetivos de aprendizagem, tornando, portanto, o docente ponto focal no processo, entretanto, sem destaque principal do mesmo.

Quando se utiliza a simulação na área da saúde, o docente passa a ter um papel de orientador das atividades, sendo um elemento motivador e incentivador do desenvolvimento dos alunos, atento para mostrar seus progressos e instigá-los a perceber o que devem mudar ou corrigir, saindo da tradicional metodologia focada no “mestre” que ensina o “aluno expectador”, que, por sua vez, recebe o conhecimento passivamente.³

Sendo, portanto, parte fundamental da metodologia que o aluno perceba a relevância e a aplicação do que está sendo ensinado, para que desperte seu interesse em conhecer algo que remeta a situações reais e significativas para a vida³, evidencia-se a importância deste protagonismo do docente, primeiramente acreditando e valorizando a metodologia, para despertar e interesse em aprofundar seus conhecimentos sobre Simulação Realística, para depois alcançar uma efetiva aplicação em laboratório, com os resultados esperados para esta metodologia.

Nos estudos encontrados, foram verificadas lacunas na avaliação da intervenção educativa, na relação com a descrição da população treinada, no monitoramento e rastreabilidade de desenvolvimento dos alunos e os reais dados de aprendizagem. As principais barreiras percebidas nos estudos foram organizacionais, como falta de recursos financeiros e de infraestrutura tecnológica para o aprimoramento dos docentes, além de outros aspectos, como falta de informações sobre a importância da prática baseada em evidências, educação continuada para os professores e falta de tempo no cotidiano do trabalho para treinamentos institucionais.

Este universo tecnológico é, muitas vezes, assustador e desconfortável para essa geração de mestres. Por isso a incorporação dessas novas tecnologias, a princípio, pode ser assustadora para o corpo docente menos familiarizado com elas, no entanto, é importante ressaltar que o foco da construção dos cenários não está no domínio da tecnologia, que deveria ficar a cargo de técnicos treinados para isso.³

Na metodologia de Simulação Clínica, o docente promove a aprendizagem centrada no paciente, em ambientes controlados e seguros, que permitem a padronização de problemas clínicos, *feedback* positivo, aumentando o autoconhecimento e a confiança dos alunos, proporcionando o desenvolvimento do relacionamento interpessoal e do pensamento crítico, bem como o aumento da habilidade para avaliação e decisão clínica, requerida na prática assistencial.³

Considerações finais

Há poucas evidências científicas nacionais que determinem necessidade da capacitação técnica e atuação prática, bem como as que evidenciam as dificuldades e desafios dos docentes frente à prática da simulação realística.

Cabe um olhar crítico e o questionamento, tanto para as instituições de ensino, quanto para os docentes, protagonistas na aplicação da metodologia, que definirão a efetividade da prática, se este papel está sendo bem executado e fazendo com que todo o investimento reverbere no resultado final esperado, que é levar o estudante, protagonista no cenário e na discussão, a sair de um cenário de simulação realística com habilidade crítica de identificar as oportunidades de melhoria no seu desempenho, de forma instigadora e motivadora, dando-lhe uma projeção ampliada de sua futura prática e atuação profissional.

A intenção não é, em hipótese alguma, evidenciar uma “deficiência profissional” por parte dos docentes. Ao contrário, vem claramente a necessidade de trazer à tona essa discussão, evidenciando a importância e protagonismo do docente neste processo, deixando claro que não basta investir em tecnologia e estrutura. É fundamental que o docente seja habilitado para tal prática.

Propõe-se, para a consolidação dessa discussão, um *check list* a ser aplicado posteriormente, trazendo, na forma de um questionário, os resultados desses questionamentos e a proposta de melhorias nas condições de atuação do docente diante da Simulação Realística.

Agradecimento

Essa pesquisa não recebeu financiamento para sua realização.

Referências

1. Troncon LEA, Maffei CML Implementing simulation-based education in the medical undergraduate program at the Ribeirão Preto Faculty of Medicine, University of São Paulo, Brazil. *Medicina (Ribeirão Preto)*. 2007;40(2):153-61.
2. Health Workforce Australia. Simulated learning environments (SLEs). 2012. [Internet] [Acesso em 01/12/2016]. Disponível em <http://www.hwa.gov.au/work-programs/clinical-training-reform/simulated-learning-environments-sles>
3. Quilici, A. P., Abraão, K. C., Timerman, S., & Gutierrez, F. (2012). *Simulação Clínica: do conceito à aplicabilidade*. São Paulo: Atheneu.
4. Vargal CRR, Almeida VC, Germanol CMR, et al. Relato de Experiência: o Uso de Simulações no Processo de Ensino-aprendizagem em Medicina. [Internet] [Acesso em 01 dez 2016]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v33n2/18.pdf>
5. Ziv A, Wolpe PR, Small SD, et al. Simulation-Based Medical Education: An Ethical Imperative. *Acad Med*. 2003;78(8):783-8.
6. Thomas P, Walker K. Rehabilitation For The Over-resuscitated SimMan: Healthcare Simulations In Cardiorespiratory Physiotherapy. *Focus Health Prof Educ*. 2011;13(2):1-12.
7. Scalabrini Neto, A.; Fonseca, A. S.; Brandão, C. F. S. *Simulação Realística e Habilidades na Saúde*. Editora Atheneu. 2017.
8. Ogden PE, Cobbs LS, Howell MR, et al. Clinical simulation: importance to the internal medicine educational mission. *Am J Med*. 2007;120:820-4.
9. Carrol JD, Messenger JC. Medical simulation: the new tool for training and skill assesment. *Perspect Biol Med*. 2008;51:47-60.
10. Amaral JMV. Simulação e ensino-aprendizagem em Pediatria. 1ª Parte: Tópicos essenciais. *Acta Pediatr Port*. 2010;41(1):44-50.
11. Ziv A, Wolpe PR, Small SD, et al. Simulation-based medical education: an ethical imperative. *Simul Healthc*. 2006;1(4):252-6.
12. Aromataris E, Munn Z, editores. *Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual*. The Joanna Briggs Institute, 2017. [acesso em 2018 abr 20]. Disponível em: <https://reviewersmanual.joannabriggs.org/>
13. Levac D, Colquhoun H, O'Brien KK. Scoping studies: advancing the methodology. *Implement. sci*. 2010; 5(1):5-69.
14. Colquhoun HL, Levac D, O'Brien KK, et al. Scoping reviews: time for clarity in definition, methods, and reporting. *J. clin. epidemiol*. 2014; 67(12):1291-1294.
15. Joanna Briggs. Institute. *The Joanna Briggs Institute reviewers' manual 2015: Methodology for JBI scoping reviews*; 2015. [acesso em 2018 abr 20]. Disponível

em: http://joannabriggs.org/assets/docs/sumari/Reviewers-Manual_Methodology-for-JBI-Scoping-Reviews_2015_v2.pdf

16. Tricco AC, Antony J, Soobiah C, et al. Knowledge synthesis methods for generating or refining theory: a scoping review reveals that little guidance is available. *J. clin. Epidemiol.* 2016; 73:36-42.
17. Arksey H, O'Malley L. Scoping studies: towards a methodological framework. *Int. j. soc. res. methodol.* 2005; 8:19-32.
18. Peters MDJ, Godfrey C, McInerney P, et al. Scoping Reviews. In: Aromataris E, Munn Z, editores. *Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual*. Australia: The Joanna Briggs Institute; 2017.
19. Welch V, Petticrew M, Petkovic J, et al. Extending the PRISMA statement to equity-focused systematic reviews (PRISMA-E 2012): explanation and elaboration. *J. clin. epidemiol.* 2016; 70:68-89.
20. Coutinho V, Martins JCA, Pereira MF, Mazzo A. Feedback e debriefing. In: Scalabrini Neto A, Fonseca AS, Brandão CFS. *Simulação realística e habilidades na saúde*. Rio de Janeiro (RJ): Atheneu; 2017. p. 115-25.
21. Silva RC, Torres AAP, Valadão SR, Soares TMS. A simulação do cuidado como um cenário de aprendizagem em enfermagem. *J Nurs Health.* 2016;6(Supl.):164-72.
22. So HY, Chen PP, Wong GKC, Chan TTN. Simulation in medical education. *J R Coll Physicians Edinb* [Internet]. 2019;49(1):52-7. Disponível em: <http://doi.wiley.com/10.1002/9781118472361.ch13>
23. Jones F, Passos-Neto CE, Braghiroli OFM. Simulation in Medical Education: Brief history and methodology. *Princ Pract Clin Res.* 2015;2(1):56-63
24. Caveião C, Peres AM, Zagonel IPS, Amestoy SC, Meier MJ. Teaching-learning tendencies and strategies used in the leadership development of nurses. *Rev Bras Enferm.* [Internet]. 2018 Feb [cited Feb 22, 2018];71(Suppl 4):1531-9. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0455>
25. Mcewan B, Hercelinskyj G. An internal audit of a virtual learning space to facilitate clinical decision-making in nursing. *Collect Essays Learn Teach.* [Internet]. 2012 Apr [cited Feb 22, 2018];5:132-6. doi: <https://doi.org/10.22329/celt.v5i0.3451>
26. Botma Y. Nursing student's perceptions on how immersive simulation promotes theory-practice integration. *IJANS* [Internet]. 2014 Apr 20 [cited Feb 22, 2018];1:1-5. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ijans.2014.04.001>
27. Shapira-Lishchinsky O. Simulations in nursing practice: toward authentic leadership. *J Nurs Manag.* [Internet]. 2014 Jan [cited Feb 22, 2018];22(1):60-9. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2012.01426.x>

Autor de Correspondência

Maria Isabela Schadt Ferreira
Rua Avignon 120, Saint James II. CEP: 13233-690.
Campo Limpo Paulista. São Paulo, São Paulo, Brasil.
isabelaschadt@gmail.com

Ansiedade em acadêmicos de enfermagem e suas complicações futuras

Anxiety in nursing academics and their future complications

Ansiedad en enfermería académica y sus futuras complicaciones

Amanda Maria Graça da Silva¹, Cynthia Emanuelle Neves da Silva², Andrey Ferreira da Silva³, Daniela Fagundes de Oliveira⁴,
Tamires Jesus Sousa⁵, Fernanda Matheus Estrela⁶

Como citar: Silva AMG, Silva CEN, Silva AF, Oliveira DF, Sousa TJ, Estrela FM. Ansiedade em acadêmicos de enfermagem e suas complicações futuras. REVISA. 2021; 10(2): 269-79. Doi: <https://doi.org/10.36239/revisa.v10.n2.p269a279>

REVISA

1. Faculdade Estácio de Alagoas.
Maceió, Alagoas, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0003-4721-6469>

2. Faculdade Estácio de Alagoas.
Maceió, Alagoas, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0002-1253-5315>

3. Faculdade Estácio de Alagoas.
Maceió, Alagoas, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0002-1038-7443>

4. Secretária Municipal de Saúde.
Salvador, Bahia, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0003-2743-9964>

5. Universidade Federal da Bahia.
Salvador, Bahia, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0003-4141-9097>

6. Universidade Estadual de Feira de Santana.
Feira de Santana, Bahia, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0001-7501-6187>

Recebido: 22/01/2020
Aprovado: 21/03/2021

RESUMO

Objetivo: Conhecer quais elementos favorecem a ocorrência de ansiedade em acadêmicos de enfermagem e suas possíveis complicações. **Método:** Revisão integrativa da literatura nacional e internacional. A coleta foi realizada nas bases de dados indexáveis na Biblioteca Virtual em Saúde, Base de dados da literatura Latino-Americana em Ciência da Saúde, Biblioteca de Enfermagem; Index de Psicologia, Medical Literature Analysis and Retrieval System Online e Scientific Eletronic Library Online. Com descritores: Ansiedade, Acadêmicos, Complicações e Enfermagem. **Resultados:** Após a análise dos artigos selecionados, 11 artigos compuseram a amostra. **Conclusão:** A compreensão acerca da ansiedade em acadêmicos de enfermagem é imprescindível para que se torne possível a prevenção de futuras complicações.

Descritores: Enfermagem; Ansiedade; Acadêmicos; Complicações.

ABSTRACT

Objective: To know which elements favor the occurrence of anxiety in nursing students and its possible complications. **Method:** Integrative review of national and international literature. The collection was carried out in the indexable databases in the Virtual Health Library, Database of the Latin American literature in Health Science, Nursing Library; Psychology Index, Medical Literature Analysis and Retrieval System Online and Scientific Eletronic Library Online. With descriptors: Anxiety, Academics, Complications and Nursing. **Results:** After analyzing the selected articles, 11 articles made up the sample. **Conclusion:** Understanding anxiety in nursing students is essential for preventing future complications.

Descriptors: Nursing; Anxiety; Academics; Complications.

RESUMEN

Objetivo: Conocer qué elementos favorecen la ocurrencia de ansiedad en estudiantes de enfermería y sus posibles complicaciones. **Método:** Revisión integradora de literatura nacional e internacional. La recolección se realizó en las bases de datos indexables de la Biblioteca Virtual en Salud, Base de datos de la literatura latinoamericana en Ciencias de la Salud, Biblioteca de Enfermería; Índice de psicología, Sistema de análisis y recuperación de literatura médica en línea y Biblioteca electrónica científica en línea. Con descriptores: Ansiedad, Acadêmicos, Complicaciones y Enfermería. **Resultados:** Tras analizar los artículos seleccionados, 11 artículos conformaron la muestra. **Conclusión:** Comprender la ansiedad en los estudiantes de enfermería es fundamental para prevenir futuras complicaciones.

Descritores: Enfermería; Ansiedad; Académica; Complicaciones.

Introdução

Ansiedade é considerada como um mecanismo de defesa natural que o ser humano possui para responder ao desconhecido da melhor forma possível. Quando ela atinge graus desproporcionais, torna-se algo prejudicial à saúde, acarretando comprometimento psíquico e somático ao indivíduo.¹

A vivência no meio acadêmico se torna desafiadora para qualquer discente e a busca pela adaptação, conhecimento e relação social torna-se constante. Novos hábitos e rotinas vão sendo moldados com o passar do tempo e a exposição ao estresse devido à mudança é nítida, o que acaba gerando dúvidas quanto à capacidade e preparo do acadêmico nessa nova fase. Vale ressaltar que cada sujeito reage às novas descobertas de forma distinta e singular, da mesma forma que cada emoção e sentimento são vividos em diferentes intensidades.²⁻³

Os fatores estressantes gerados dentro da faculdade estão relacionados a aspectos como avaliações, aulas, seminários o que leva a evolução de problemas maiores caso não sejam controlados. O estresse começa a se acumular comprometendo qualidade de vida e a saúde, deixando o acadêmico mais exposto a ansiedade e mais vulnerável aos transtornos psiquiátricos.⁴

Dados epidemiológicos destacam como a ansiedade está presente no meio universitário. Um estudo realizado em uma universidade baiana evidenciou que dos 110 acadêmicos entrevistados, 62,7% apresentavam nível considerado mínimo de ansiedade, 27,3% apresentavam ansiedade leve, 6,4% ansiedade moderada e 3,6% ansiedade severa. Estudo recente realizado em instituição de ensino pública encontrou uma prevalência de 30,2% entre os acadêmicos de enfermagem, percentual próximo ao da população universitária que é de 30,6%. Estudo transversal realizado na zona da mata mineira aponta prevalência de 37,5% entre os acadêmicos de enfermagem.⁵⁻⁷

A importância de se estudar ansiedade em acadêmicos de enfermagem se justifica pela sua elevada prevalência. Quanto mais abordado for o assunto, os primeiros sinais da ansiedade podem ser identificados pelo próprio sujeito e à medida que cresce o acesso à informação, proporcionalmente aumenta o conhecimento, tornando o problema menos complicado de ser resolvido se identificado no início.

É notório que grande parte dos discentes já vivenciou situações geradoras de ansiedade. À vista disso, levantamos a seguinte problemática: quais os elementos que favorecem a ocorrência da ansiedade em acadêmicos de enfermagem e suas possíveis complicações? O presente estudo teve como objetivo geral conhecer quais elementos favorecem a ocorrência de ansiedade em acadêmicos de enfermagem e suas possíveis complicações.

Método

Este estudo baseou-se em uma revisão integrativa da literatura nacional e internacional, de natureza qualitativa, buscando compreender a temática em questão. Segundo Prodanov e Freitas⁹ o passo metodológico tem o propósito de reunir, compreender e avaliar métodos disponíveis em estudos científicos com informações amplas sobre a pesquisa, formulando uma rede de conhecimento, permitindo a síntese de resultados obtidos através de pesquisas relevantes.

Para instrumentalizar a revisão, utilizou a seguinte organização: 1- desenvolvimento do tema; 2- fundamentação da questão de pesquisa; 3- escolha dos descritores e base de dados; 4- avaliação dos estudos selecionados com critérios de inclusão e exclusão; 5- análise dos dados encontrados. O tema escolhido para elaboração desta pesquisa foi: Ansiedade em acadêmicos de enfermagem e suas complicações futuras.

Para a construção da pergunta de pesquisa, utilizou-se a estratégia PCC que representa um mnemônico para população, conceito e contexto (Quadro 1). Assim, seguindo esta estrutura, formulou-se a seguinte questão de pesquisa: quais os elementos que favorecem a ocorrência de ansiedade em acadêmicos de enfermagem e suas possíveis complicações?

Quadro 1- Aplicação da estratégia PCC.2020.

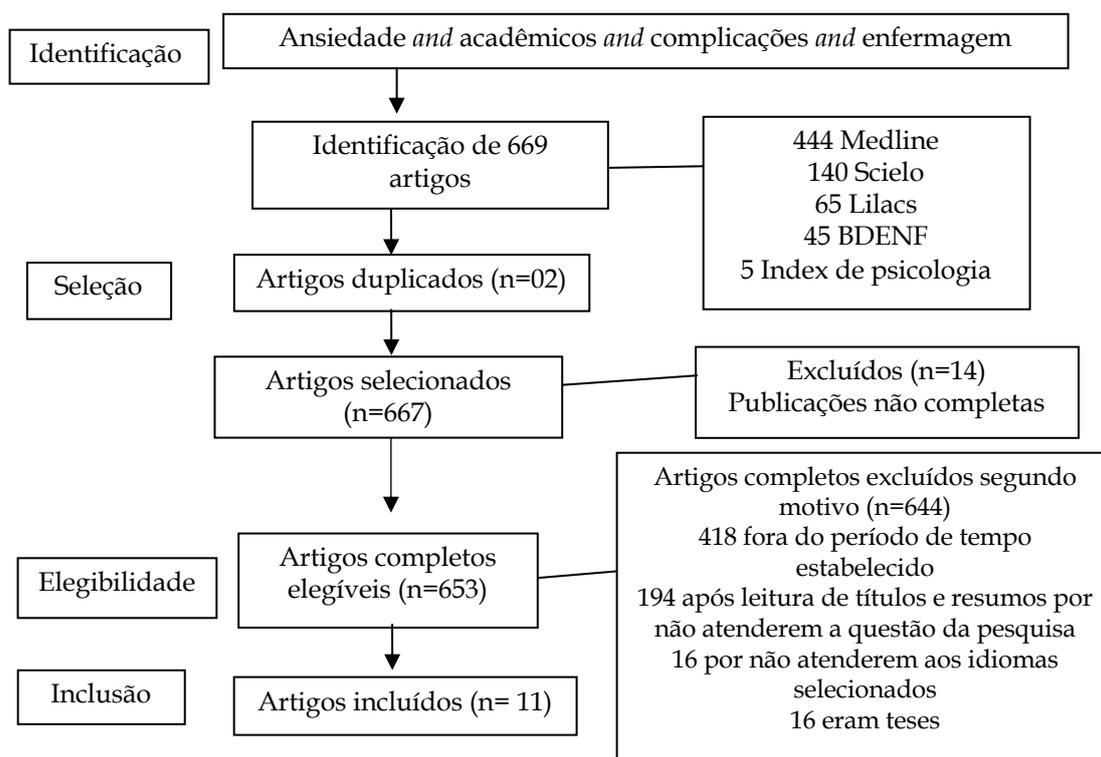
Estratégia	Definição	Aplicação
P	População	Acadêmicos de enfermagem
C	Conceito	Ansiedade
C	Contexto	Ambiente Universitário

Estabeleceu-se o período de publicação para este estudo entre os anos de 2013 a 2019. Os Descritores em Ciências de Saúde (DECS) utilizados foram: “Ansiedade”, “Acadêmicos”, “Complicações” e “Enfermagem”, sendo combinados pelo operador booleano “and” entre as expressões, a fim de localizar e sistematizar os registros de interesses. Para busca e seleção dos artigos foram consultadas as bases de dados: BVS (Biblioteca Virtual da Saúde); LILACS (Base de dados da literatura Latino-Americana em Ciência da Saúde); BDENF (Biblioteca de Enfermagem); Index de Psicologia (Periódicos Indexados nas bases de Dados de Psicologia); MEDLINE (*Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*) e SCIELO (*Scientific Eletronic Library Online*). A coleta ocorreu no período entre agosto de 2020 a setembro de 2020. Por ser um artigo com base em estudos já realizados, o mesmo não foi sujeito ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

Os critérios de inclusão adotados foram: artigos originais, no idioma português e inglês, gratuito, publicado no período de 2013 a 2019 e os que compreendessem a temática proposta. Os critérios de exclusão foram: artigos escritos em espanhol, não gratuito, teses, monografias, dissertações, artigos duplicados, fora dos anos estabelecidos, além dos estudos que não correspondessem à temática.

Conforme a metodologia utilizada, encontrou-se 669 artigos científicos, 444 na MEDLINE, 140 no SciELO, 65 na base de dados da LILACS, 45 na BDENF, 5 na Index de Psicologia. Após o critério de inclusão e exclusão foram descartados 658 estudos científicos, sendo 418 excluídos por não estarem disponíveis entre os anos de 2013 a 2019, 194 descartados após leitura do título e resumo por não atenderem a questão da pesquisa, 16 por não estarem nos idiomas selecionados, 14 indisponíveis na íntegra, 16 eram teses, dois duplicados e a amostra da presente revisão foi constituída por 11 artigos (Figura 1).

Figura 1 - Fluxograma do processo de seleção dos artigos adaptado do Prisma. 2020.



A análise dos dados iniciou-se com a leitura flutuante dos títulos e resumos para sistematização e identificação dos tópicos de interesse, seguido da leitura exhaustiva dos artigos científicos para possibilitar a busca pela resposta da questão de pesquisa.

Resultados

Para análise do artigo aqui descrito sobre a ansiedade em acadêmicos de enfermagem e suas complicações futuras, selecionou-se 11 publicações científicas, os resultados foram descritos através do periódico, ano de publicação, autoria e título observados no Quadro 2.

Quadro 2- Lista dos artigos utilizados. 2020.

Periódico	Autoria e ano de publicação	Título	Resultados	Problemas/Complicações
Revista Eletrônica de Enfermagem	MARCHI, Kátia Colombo et al., 2013	Ansiedade e consumo de ansiolíticos entre estudantes de enfermagem de uma universidade pública ⁹	Dos 308 estudantes, 16% estavam utilizando ansiolíticos no período em que a pesquisa foi realizada ou já usaram em algum momento de suas vidas; destes, 35% apresentaram ansiedade severa, de acordo com a aplicação	Dos 308 estudantes avaliados, 34% apresentam ansiedade leve, 24% moderada e 12% grave, Uso inadequado de ansiolíticos. Relatado principalmente fobia social e síndrome do pânico. Relaciona a ansiedade aos problemas cognitivos entre os quais, a atenção seletiva, que interfere o cérebro a selecionar

			do Inventário de Ansiedade de Beck.	informações relevantes mediante as situações de aprendizado
Revista Psicopedagogia	DIAS, Emerson Piantino et al., 2014	Expectativas de alunos de enfermagem frente ao primeiro estágio em instituições de saúde ¹⁰	Demonstram que o início do estágio é permeado por sentimentos de medo, insegurança e ansiedade dos estudantes.	Sentimentos de medo e ansiedade dos alunos
Revista de Enfermagem	JESUS, Isabel Silva de et al., 2015	Vivências de Estudantes de enfermagem com a ansiedade ¹¹	A análise das informações deu origem a três categorias: contexto de identificação com o curso; insegurança quanto ao mercado de trabalho; e contexto das relações e demandas acadêmicas.	Sentimentos como medo, angústia, impotência, estresse e ansiedade
Revista Brasileira de Enfermagem	GOYATÁ, Sueli Leiko Takamatsu et al., 2015	Efeitos da acupuntura no tratamento da ansiedade: revisão integrativa ¹²	Os resultados mostram efeitos positivos e estatisticamente significativos do uso da acupuntura para tratamento de indivíduos com ansiedade	Ansiedade
Revista de Enfermagem	LIMA, Briggitt Vasconcelos de Brito Gomes et al., 2017	Avaliação da ansiedade e autoestima em concluintes do curso de graduação de enfermagem ¹³	Ao avaliar os níveis de ansiedade dos estudantes concluintes, prevaleceu a ocorrência de Alta Ansiedade e Baixa Autoestima.	Elevados níveis de ansiedade e baixos níveis de autoestima demonstram que os estudantes concluintes requerem atenção, no sentido de tais alterações influenciarem sua aprendizagem e cognição
Revista de Enfermagem	FREITAS, Ana Carolina Macedo et al., 2018	Fatores intervenientes na qualidade de vida do estudante de enfermagem ¹⁴	Os resultados apresentados permitem questionar o quanto que uma qualidade de vida e um bem-estar não satisfatórios interferem no resultado e desempenho acadêmico do estudante	Déficit no sono e, como consequência, apresentavam dificuldade de manter a atenção durante as aulas, afetando diretamente a QV e o aprendizado
Revista Brasileira de Enfermagem	FERNANDES, Márcia Astrês et al., 2018	Prevalência de sintomas ansiosos e depressivos em universitários de uma instituição pública ¹⁵	A maioria dos participantes era do sexo feminino, solteira, natural da capital do estado e morava com os pais. A prevalência de depressão foi de 30,2% e de ansiedade, 62,9%. Identificou-se associação entre o nível	Síndrome de Burnout, déficit no sono, dificuldade em manter a atenção e sustenta que os altos níveis de ansiedade influenciam negativamente o processo de aprendizagem, memória, raciocínio, concentração e impede o rendimento

			de sintomas depressivos, trabalho, sexo e lazer.	acadêmico necessário perante a graduação
Revista Brasileira de Educação Médica	LEÃO, Andrea Mendes et al.,2018	Prevalência e fatores associados à depressão e ansiedade entre estudantes universitários da área da saúde de um grande centro urbano do nordeste do Brasil ⁷	Responderam aos questionários 476 estudantes. Predominou o sexo feminino (71,6%), estudantes com menos de 20 anos de idade (69,3%) e solteiros (92,0%). As prevalências de depressão e ansiedade foram de 28,6% e 36,1%, respectivamente.	Insatisfação com quantidade de sono, insônia e inatividade física foram aspectos fortemente associados à prevalência de depressão entre os estudantes. Destaca o transtorno de ansiedade generalizada (TAG) e o transtorno de ansiedade social (TAS). Refletirá em problemas futuramente maiores, progredir para outros tipos de doenças mentais e até ao suicídio se não houver as intervenções necessárias.
Revista Online de Pesquisa o cuidado e fundamental	PEREIRA, Fernanda Lourdes Ribeiro et al.,2019	Manifestações de ansiedade vivenciadas por estudantes de enfermagem ¹⁶	Após a transcrição e análise das conversas, emergiram quatro categorias que foram discutidas separadamente. Conclusão: Propõe-se que o professor tenha uma postura motivadora	Baixa autoestima e à inferioridade, podendo desencadear vários transtornos mentais, entre eles, o transtorno depressivo, cuja consequência mais drástica e grave é o suicídio. Implicações que interferem no raciocínio, atenção, compreensão e impede a atuação necessária para o desempenho das atividades mentais, implicando na sua atuação acadêmica. Surgindo sensações de fracasso, favorecendo o aparecimento de outros tipos de transtornos mentais, entre eles o transtorno de ansiedade social
Revista Brasileira de Saúde Ocupacional	RIBEIRO, Hellany Karolliny Pinho et al.,2019	Transtorno de ansiedade como causa de afastamentos laborais ¹⁷	A seleção final consistiu em 13 artigos, sendo o mais antigo publicado em 2006 e o mais recente em 2016. Os afastamentos por transtornos de ansiedade tiveram como principais fatores de risco as condições e ambiente de trabalho, com impacto negativo, tanto para a saúde do trabalhador como para o empregador.	Alta prevalência dos transtornos ansiosos como causa dos afastamentos do trabalho e da alta demanda de custos com auxílio-doença. Gerando impacto negativo em sua vida que impõem limitações às suas atividades cotidianas, reduzem suas potencialidades no trabalho e interferem na convivência familiar e social.

<p>International Journal of environmental and Public Health</p>	<p>SON, HaeKyoung, SO, Wi-Young, KIN, Myoungsu, 2019</p>	<p>Efeitos da aromaterapia combinada com musicoterapia na ansiedade, estresse e habilidades básicas de enfermagem em estudantes de enfermagem: um ensaio clínico randomizado¹⁸</p>	<p>A aromaterapia combinada com musicoterapia teve um efeito significativo na ansiedade do teste ($F = 4,29, p = 0,016$), estado de ansiedade ($F = 4,77, p = 0,011$), estresse ($F = 4,62, p = 0,012$) e desempenho de habilidades fundamentais de enfermagem ($F = 8,04, p = 0,001$) em comparação com aromaterapia e musicoterapia separadamente intervenções</p>	<p>Observa-se que a ansiedade, durante a internação psiquiátrica expressa-se por meio de componentes psicológicos e físicos, como apreensão, medo, angústia, alterações nos sinais vitais e agitação psicomotora.</p>
---	--	---	--	---

Discussão

Fatores que desencadeiam a ansiedade no acadêmico de enfermagem

Pereira e colaboradores¹⁶ atribuíram como elemento desencadeador da ansiedade o período de adaptação ou ajustamento a universidade, principalmente nos três primeiros semestres do curso. Com esse processo, o discente lida com o afastamento familiar, distanciamento dos amigos, começa a se acomodar com a estrutura física totalmente diferente da sua realidade escolar, bem como absorver o novo método de ensino/aprendizagem oferecido. Esse ajustamento pode contribuir para que os níveis de ansiedade sejam elevados e contrapõe a ideia de que o acadêmico esteja preparado para essas situações.

A satisfação e a busca pela identificação com o curso é outro aspecto produtor de ansiedade, assim o acadêmico começa a desenvolver diante do quadro ansioso sentimentos de frustração, impotência, infelicidade com a sua escolha e preocupação de não conseguir o retorno financeiro esperado. Além da desvalorização desta profissão imposta pela sociedade, familiares, amigos e a comparação entre o curso de medicina e enfermagem. Estes aspectos influenciam negativamente as expectativas futuras do seu desenvolvimento profissional.¹¹

As exigências acadêmicas se configuram em outro elemento motivador de estresse, a sobrecarga nas atividades desenvolvidas faz discente encontrar dificuldades em suprir as demandas do curso e colabora como um fator desencadeante da ansiedade em diversos graus. Essas demandas acadêmicas estão ligadas a forma como ele responde as avaliações, apresentação de trabalhos e os estágios curriculares, por exemplo. Diante disso, Marchi e colaboradores⁹ afirmam que os discentes da graduação de enfermagem manifestam níveis elevados de ansiedade devido a problemas na qualidade de ensino e ambiente, trabalhos, campo prático e as situações pessoais.

Ainda a fim de corroborar com as evidências citadas, Pereira et al.¹⁶ mostram que as avaliações teóricas e práticas, tornam-se um elemento problemático para o discente, a pressão exercida em relação a nota, conteúdo a ser cobrado, aprovação, acaba gerando altos níveis de ansiedade, comprometendo o seu rendimento estudantil e refletindo futuramente na reprovação da disciplina. Em relação as avaliações, Jesus et al.¹¹ citam que esse método avaliatório ainda está ligado a medir, classificar os saberes e o desempenho estudantil. A intensa expectativa em atingir a meta e demonstrar um bom rendimento faz com que haja episódios de ansiedade.

Segundo Dias et al.,¹⁰ diante do primeiro estágio curricular o acadêmico aflora muitos

sentimentos e expectativas. Na prestação do cuidado o discente irá incorporar uma postura pré-profissional para cuidar do outro, esse primeiro contato com a realidade fora da universidade constitui como um elemento ansiogênico. As situações geradoras de ansiedade se relacionam com o despreparo perante as situações reais, não cumprindo aquilo que lhe foi ensinado, sofrimento humano e a morte.

Outras expectativas frente ao primeiro estágio curricular, está na relação professor/ aluno, aluno/paciente e aluno/equipe. Quando não existe um relacionamento interpessoal entre esses pontos no campo prático o discente acaba desenvolvendo inúmeras reações emocionais, sendo elas a ansiedade que dificulta ainda mais a criação de vínculos. Portanto esse processo prático pode se tornar difícil afetando seu processo de aprendizado.¹⁰

As relações interpessoais, principalmente entre professor/aluno é fundamental durante as atividades acadêmicas, pois a comunicação torna-se importante para que o discente se sinta mais confortável na realização das tarefas impostas. Quando atitudes dos docentes passam a ser vistas como ameaçadores os discentes começam a se sentir desprezados e intimidados, com isso o ensino/aprendizado transforma-se em algo negativo e difícil. A quebra desse vínculo de comunicação acaba se transformando em um fator propício de bastante ansiedade, rodeado da sensação de desprezo por parte dos docentes.¹⁶

Um fator destacado é o Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), visto como um grande inimigo e também apontado como um agente capaz de desencadear a ansiedade na reta final da graduação. Segundo Lima et al.,¹³ estas consequências já são esperadas, tendo em vista que o trabalho de conclusão de curso exige do estudante máximo desempenho, levando-o a um nível de pressão extrema. Freitas et al.,¹⁴ colabora que esta fase se torna delicada onde o acadêmico além de se deparar com o TCC também se preocupa com sua vida profissional.

Lima et al.¹³ ainda ressalta que a etapa final da graduação, alguns desafios e expectativas acerca do futuro acabam se intensificando e tomando grande proporção na vida do universitário. Isso se dá pelo fato de que, com o desgaste emocional vivenciado durante o período de graduação, há um aumento na preocupação sobre a inserção do mesmo no mercado de trabalho e o medo constante do fracasso em seu futuro emprego. Freitas et al.¹⁴ contribuem que, com o término do curso o discente torna-se ainda mais ansioso devido à preocupação com sua saída para a vida laboral, assim a ansiedade começa a despertar o medo e inseguranças perante as responsabilidades profissionais.

A insegurança relacionada ao mercado de trabalho provém das expectativas que estão relacionadas ao futuro profissional do estudante. Ciente do que o mercado de trabalho exige, o estudante começa a se cobrar ainda na universidade, como uma forma de ser eficaz em sua atuação profissional. Jesus et al.¹¹ afirmam que tais cobranças geram desconforto e ansiedade, principalmente perante situações ainda desconhecidas, como a realização de um novo procedimento, a provável frustração profissional é um fator que gera conflitos pessoais na vida do acadêmico e como consequência desse elemento, o surgimento da ansiedade.

Problemas e ou complicações decorrentes da ansiedade no acadêmico de enfermagem

Sabe-se que o desenvolvimento acadêmico na graduação é necessário para o discente aprimorar seus conhecimentos e colocá-los em prática. Quando a ansiedade começa a comprometer suas habilidades intelectuais, começa a apresentar problemas diante das atividades impostas em sua formação. Mediante a essas evidências, Lima et al.,¹³ acrescentam que as funções cognitivas podem ser prejudicadas pelas situações causadoras da ansiedade e essas influências atingem pontos chaves na desenvoltura acadêmica, dessa maneira o processo de aprendizado, atenção e concentração encontram-se diminuídos.

Em conformidade com Freitas et al.¹⁴ o déficit no sono ocorre com frequência e, como consequência, os estudantes avaliados na pesquisa também apresentavam dificuldade de manter a atenção durante as aulas, afetando diretamente no aprendizado.

Para Fernandes et al.¹⁵ pode ocasionar a Síndrome de *Bornout*, déficit no sono, dificuldade em manter a atenção e sustenta também que os altos níveis de ansiedade influenciam negativamente no processo de aprendizagem, memória, raciocínio, concentração e impede o rendimento acadêmico necessário perante a graduação.

Marchi et al.⁹ relaciona a ansiedade aos problemas cognitivos entre os quais, a atenção seletiva, que interfere o cérebro a selecionar informações relevantes mediante as situações de aprendizado. Havendo o comprometimento dessa função, o discente diminui o seu raciocínio lógico e conseqüentemente seu desempenho individual. Em conclusão, Fernandes et al.¹⁵ sustentam que os altos níveis de ansiedade influenciam negativamente o processo de aprendizagem, memória, raciocínio, concentração e impede o rendimento acadêmico necessário perante a graduação

Quando o acadêmico não consegue se sobressair devido à alta ansiedade e começa a ser dominado por esse sentimento, as funções cognitivas são. Assim, Pereira et al.¹⁶ sinalizam que essas implicações interferem no raciocínio, atenção, compreensão e impede a atuação necessária para o desempenho das atividades mentais, implicando na sua atuação acadêmica. Com isso, surgem sensações contínuas de fracasso, favorecendo o aparecimento de outros tipos de transtornos mentais, entre eles o transtorno de ansiedade social (TAS) e depressão.

Os transtornos mentais configuram-se em algo frequente no meio universitário, acometidos por esse distúrbio, o acadêmico começa a apresentar problemas pessoais e profissionais durante a prestação de cuidado ao paciente. Entre os tipos de transtorno de ansiedade no meio acadêmico, Leão et al.⁷ destaca o transtorno de ansiedade generalizada (TAG) e o TAS. Esse mal psíquico refletirá em problemas futuramente maiores, progredir para outros tipos de doenças mentais e até ao suicídio se não houveras intervenções necessárias.

Ribeiro et al.¹⁶ apontam que ocorre alta prevalência dos transtornos de ansiedade como causa dos afastamentos do trabalho e da alta demanda de custos com auxílio-doença. Gerando impacto negativo na vida da pessoa que possui transtorno de ansiedade que impõem limitações às suas atividades cotidianas, reduzem suas potencialidades no trabalho e interferem também na convivência familiar e social.

Alguns estudantes não procuram apoio psicológico e conseqüentemente se automedicam em casa, seguindo orientações, geralmente, de algum conhecido que enfrentou situação semelhante e recomendou o uso do medicamento ou buscando informações na internet, sem orientações médicas. Marchi et al.⁹ afirmam que a mesma forma que o acadêmico inicia seu tratamento por conta própria, ele também o interrompe sem consultar um médico especialista, vale ressaltar que essa interrupção deve ser feita de forma gradual para evitar os sintomas de abstinência. O uso dos benzodiazepínicos sem a avaliação de um especialista e orientação do mesmo pode gerar dependência farmacológica ou potencializar o efeito se houver interação com outras drogas como o álcool, por exemplo, e principalmente a tolerância ao fármaco.

Conclusão

Os resultados analisados apontam que a adaptação, satisfação com curso, avaliações, apresentação de trabalho, TCC, estágios curriculares, insônia, aulas práticas, falta de lazer, relação professor/aluno e insegurança quanto ao mercado de trabalho são os principais gatilhos para o desenvolvimento da ansiedade. Mediante a isso, várias complicações podem surgir e prejudicar o discente em suas atividades acadêmicas como: Diminuição das funções cognitivas, mau desempenho das atividades, aparecimentos dos transtornos de ansiedade, depressão, risco ao

suicídio, automedicação, Síndrome de Burnout, déficit no sono, baixa autoestima, sentimento de inferioridade e fracasso e o afastamento laboral.

Diante deste contexto, este estudo agrega com o conhecimento acerca da ansiedade, servindo como material para informações direcionada aos acadêmicos auxiliando no reconhecimento dos sintomas, fatores desencadeantes e suas complicações, abrindo os olhares também para a promoção da saúde mental dentro das vivências universitárias, facilitando a prevenção, bem como a busca de meios para enfrentá-la de maneira a diminuir as consequências provocadas pela ansiedade e outros sinais e sintomas, principalmente entre estudantes de enfermagem.

Agradecimento

Essa pesquisa não recebeu financiamento para sua realização.

Referências

1. Andrade JV, Pereira LP, Vieira PA, Silva JVS, Bonisson MB, Castro JVR. Ansiedade, um dos problemas do século XXI. Revista de Saúde ReAGES [Internet]. 2019 [acesso 2020 abr 10]; 2(4): 34-39. Disponível em: <http://npu.faculdadeages.com.br/index.php/revistadesaude/article/view/220>
2. Cestari VRF, Barbosa IV, Florêncio RS, Pessoa VLMP, Moreira TMM. Estresse em estudantes de enfermagem: estudo sobre vulnerabilidades sociodemográficas e acadêmicas. Acta Paulista de enfermagem [Internet]. 2017 [acesso 2020 abr. 12]; 30(2): 190-196. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002017000200190&lng=en&nrm=iso
3. Moretti FA, Hubner MC. O estresse e a máquina de moer alunos do ensino superior: vamos repensar nossa política educacional? Revista Psicopedagogia [Internet]. 2017 [acesso 2020 abr. 12]; 34(105). Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-84862017000300003&lng=pt&nrm=iso
4. Carvalho EA, Berolini SMMG, Milani RG, Martins MC. Índice de Ansiedade em universitários ingressantes e concluintes de uma instituição de ensino superior. Revista ciência, cuidado e saúde [Internet]. 2015 [acesso 2020 abr 10]; 14(3): 1290-98. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/23594>
5. Medeiros PP, Bittencourt FO. Fatores associados à ansiedade em estudantes de uma faculdade particular. Revista Multidisciplinar e de Psicologia [Internet]. 2017 [acesso 2020 abr. 12]; 10(33). Disponível em: <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/594>
6. Ferreira BC, Silva SM, Costa BV. Verificação de ansiedade em Acadêmicos dos cursos de saúde de uma Universidade Privada da Zona da Mata mineira. Interdisciplinary Scientific Journal [Internet]. 2019 [acesso 2020 nov. 2]; 6(5): 330. Disponível em: <http://revista.srvroot.com/linkscienceplace/index.php/linkscienceplace/article/view/695>
7. Leão AM, Gomes IP, Ferreira MJM, Cavalcanti LPG. Prevalência e fatores associados à depressão e ansiedade entre estudantes universitários da área da saúde de um grande centro urbano do Nordeste do Brasil. Revista Brasileira de Educação Médica Online [Internet]. 2018 [acesso 2020 set. 2]; 42(4): 55-65. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022018000400055&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
8. Prodanov CC, Freitas EC. Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico. 2. ed. Novo Hamburgo: Feevale, 2013 [acesso 2020 abr. 25]. Disponível em:

<https://www.feevale.br/institucional/editora-feevale/metodologia-do-trabalho-cientifico-2-edicao>

9. Marchi KC, Bárbaro AM, Miasso AI, Tirapelli CR. Ansiedade e consumo de ansiolíticos entre estudantes de enfermagem de uma universidade pública. Revista Eletrônica de Enfermagem [Internet]. 2013 [acesso 2020 set 03]; 15(3): 731-9. Disponível em: http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-19442013000300015
10. Dias EP, Stutz BL, Resende TC, Batista NB, Sene SS. Expectativas de alunos de enfermagem frente ao primeiro estágio em instituições de saúde. Revista Psicopedagogia [Internet]. 2014 [acesso 2020 set 02]; 31(94): 44-55. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-84862014000100006
11. Jesus IS, Sena ELS, Souza LS, Pereira LC, Santos VTC. Vivências de estudantes de graduação em enfermagem com a ansiedade. Revista de Enfermagem UFPE OnLine [Internet]. 2015 [acesso 2020 set 02]; 9(1): 149-157. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/10319/11002>
12. Goyatá SL, Avelino CCV, Santos SVM, Souza Junior DI, Gurgel MDL, Terra FS. Efeitos da acupuntura no tratamento da ansiedade: revisão integrativa. Revista Brasileira de Enfermagem. [Internet]. 2016 [acesso 2020 set 03]; 69(3):602-609. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-716720160003000602&script=sci_abstract&tlng=pt
13. Lima BCBG, Trajano FMP, Chaves Neto G, Alves RS, Farias JÁ, Braga JEF. Avaliação da Ansiedade e Autoestima em concluintes do curso de enfermagem. Revista de Enfermagem UFPE OnLine [Internet]. 2015 [acesso 2020 set 02]; 11(11). Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/13440/24678>
14. Freitas ACM, Malheiros RMM, Lourenço BS, Pinto FF, Souza CC, Almeida ACL. Fatores Intervenientes na qualidade de vida do estudante de enfermagem. Revista de Enfermagem UFPE OnLine. [Internet]. 2018 [acesso 2020 set 02]; 12(9):2376-85. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/230110/29924>
15. Fernandes MA, Vieira FER, Silva JS, Avelino FVSD, Santos JDM. Prevalência de sintomas ansiosos e depressivos em universitários de uma instituição pública. Revista Brasileira de Enfermagem [Internet]. 2018 [acesso 2020 set 02]; 71(supp 5): 2169-2175. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018001102169&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
16. Pereira FLR, Medeiros SP, Salgado RGF, Castro JNA. Manifestações de ansiedade vivenciadas por estudantes de enfermagem. Revista online de pesquisa cuidado é fundamental [Internet]. 2019 [acesso 2020 set 02]; 11(4):880-886. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/6699/pdf_1
17. Ribeiro HKP, Santos JDM, Silva MG, Medeiro FDA, Fernandes MA. Transtornos de ansiedade como causa de afastamentos laborais. Revista Brasileira de Saúde Ocupacional [Internet]. 2019 [acesso 2020 set 03]; 44(1). Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-76572019000101501
18. Son HK, So WY, Kim M. Effects of Aromatherapy Combined whit Music Therapy on Anxiety, Stress, and Fundamental in Nursing Skills in Nursing Students: A Randomized Controlled Trial. International Journal of environmental and Public Health [Internet]. 2019 [acesso 2020 set 02]; 26(21):4185. Disponível em: <https://www.mdpi.com/1660-4601/16/21/4185/htm>

Autor de Correspondência

Andrey Ferreira da Silva.
Av. Pio XII, 350. CEP: 57035-560, Jatiúca.
Maceió, Alagoas, Brasil.
silva.andrey1991@hotmail.com

Custos com recursos humanos em hemodiálise: análise do regime de sobre aviso e horas extras

Human resources costs in hemodialysis: analysis of the warning and overtime regimen

Costos de recursos humanos en hemodiálisis: análisis del régimen de advertencia y horas extras

Gabriela Alves Vieira da Silva¹, Renata Lorenzen de Oliveira², Katya Araújo Machado Saito³

Como citar: Silva GAV, Oliveira RL, Saito KAM. Custos com recursos humanos em hemodiálise: análise do regime de sobre aviso e horas extras. *REVISA*. 2021; 10(2): 280-90. Doi: <https://doi.org/10.36239/revisa.v10.n2.p280a290>

REVISA

1. Hospital Sírio-Libanês. São Paulo, <https://orcid.org/0000-0002-7671-0231>

2. Hospital Sírio-Libanês. São Paulo, São Paulo, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-7384-9297>

3. Hospital Sírio-Libanês. São Paulo, São Paulo, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-0091-8327>

Recebido: 18/01/2020
Aprovado: 29/03/2020

RESUMO

Objetivo: avaliar o custo e a viabilidade financeira do regime de sobreaviso e horas extras dos profissionais de enfermagem do setor de Hemodiálise e propor intervenções que favoreçam a racionalização dos recursos financeiros nesta unidade. **Método:** levantamento da literatura pertinente em bases de dados acadêmicas; identificação da realidade através de análise de documentos como folha de ponto, escala de sobre aviso, descrição de horas extras, comprovantes de pagamento de táxi e reembolso quilometragem; e construção do Diagrama de Ishikawa para evidenciar o problema e suas causas. **Resultados:** o custo com o regime de sobre aviso e horas extras no setor de hemodiálise em um período de 18 meses foi de R\$ 198.996,59 (média mensal R\$ 11.005,39), verificou-se que 70% deste valor deve-se ao pagamento de sobre aviso. Foi proposto duas intervenções distintas, as quais economizaram em 18 meses aproximadamente R\$ 73.730,99 (média mensal R\$ 4.096,16) e 82.814,40 (média mensal R\$ 4.600,80), tais propostas aguardam avaliação dos gestores responsáveis para possível implantação. **Conclusão:** a construção deste estudo contribuiu de maneira a aprimorar e desenvolver o conhecimento teórico-prático sobre a gestão financeira e otimização de recursos, podendo servir também como incentivo/modelo para outras unidades iniciarem ações visando a racionalização de recursos financeiros.

Descritores: Custos; Recursos Humanos; Hemodiálise; Horas Extras; Sobreaviso.

ABSTRACT

Objective: to evaluate the cost and financial viability of the overwarning and overtime regime of nursing professionals in the Hemodialysis sector and to propose interventions that favor the rationalization of financial resources in this unit. **Method:** survey of the pertinent literature in academic databases; identification of reality through analysis of documents such as timesheet, scale over notice, description of overtime, vouchers of payment of taxi and mileage refund; and construction of the Ishikawa Diagram to highlight the problem and its causes. **Results:** the cost with the warning and overtime regime in the hemodialysis sector in an 18-month period was R\$ 198,996.59 (monthly average R\$ 11,005.39), it was found that 70% of this amount is due to the payment of on notice. Two distinct interventions were proposed, which saved approximately R\$ 73,730.99 (monthly average R\$ 4,096.16) and 82,814.40 (monthly average R\$ 4,600.80) in 18 months, such proposals await evaluation from managers responsible for possible implementation. **Conclusion:** the construction of this study contributed in order to improve and develop theoretical and practical knowledge about financial management and resource optimization, and may also serve as an incentive/model for other units to initiate actions aimed at rationalizing financial resources.

Descriptors: Costs; Human Resources; Hemodialysis; Overtime; On notice.

RESUMEN

Objetivo: evaluar el coste y la viabilidad financiera del régimen de sobreaviso y horas extras de los profesionales de enfermería del sector de la Hemodiálisis y proponer intervenciones que favorezcan la racionalización de los recursos financieros en esta unidad. **Método:** encuesta de la literatura pertinente en bases de datos académicas; identificación de la realidad a través del análisis de documentos tales como hoja de horas, escala sobre aviso, descripción de horas extras, vales de pago de taxi y reembolso de kilometraje; y la construcción del Diagrama de Ishikawa para resaltar el problema y sus causas. **Resultados:** el costo con el régimen de advertencia y horas extras en el sector de la hemodiálisis en un período de 18 meses fue de R\$ 198,996.59 (promedio mensual R\$ 11,005.39), se encontró que el 70% de esta cantidad se debe al pago de previo aviso. Se propusieron dos intervenciones distintas, que ahorraron aproximadamente R\$ 73,730.99 (promedio mensual R\$ 4,096.16) y 82,814.40 (promedio mensual R\$ 4,600.80) en 18 meses, tales propuestas esperan la evaluación de los gerentes responsables de una posible implementación. **Conclusión:** la construcción de este estudio contribuyó con el fin de mejorar y desarrollar conocimientos teóricos y prácticos sobre gestión financiera y optimización de recursos, y también puede servir como incentivo/modelo para que otras unidades inicien acciones destinadas a racionalizar los recursos financieros.

Descriptores: Costos; Recursos Humanos; Hemodiálisis; Horas extras; De aviso..

REVISA

Introdução

No último século grande parte do mundo vivencia uma intensa transição epidemiológica no âmbito da saúde, fato que pode ser observado a partir das constantes mudanças nos padrões de mortalidade, morbidade e invalidez da população. Neste contexto insere-se a Doença Renal Crônica (DRC), considerada um problema de saúde pública mundial.¹ Tal condição consiste na lesão renal, com perda progressiva e irreversível da função dos rins (glomerular, tubular e endócrina).²

Estima-se que a prevalência mundial de DRC é de 8 a 16%.³ Os dados brasileiros não possibilitam a avaliação da prevalência de DRC como um todo, no entanto estudo aponta que em 1994 haviam cerca de 24 mil indivíduos realizando algum tipo de tratamento para DRC, em 2004 esse número passou para 60 mil indivíduos, um aumento de 150% em uma década; revelando a gravidade e dimensão do problema.⁴

A DRC é uma condição silenciosa, fato que contribui para um diagnóstico tardio. Nos estágios mais avançados para garantir a sobrevivência do indivíduo pode-se tornar necessário o uso da modalidade de Terapia Renal Substitutiva (TRS); sendo a hemodiálise a principal modalidade dialítica empregada na atualidade.⁵

A legislação vigente no Brasil exige que os membros da equipe de saúde permaneçam no ambiente de diálise durante toda a sessão hemodialítica; estando incluídos neste aspecto os profissionais de enfermagem.⁶⁻⁷

Durante o processo hemodialítico é papel do enfermeiro e técnico de enfermagem identificar possíveis complicações, avaliar o funcionamento adequado do dialisador, proporcionar ambiente tranquilo e confortável, oferecer apoio emocional e possibilitar/encorajar a exposição de sentimentos. A monitorização da sessão de hemodiálise pode ser analisada como uma intervenção de cuidado, que visa não apenas a segurança do paciente, mas também a qualidade da assistência prestada.⁸

A necessidade da monitorização constante deste paciente pode exigir da instituição de saúde medidas gerenciais no que se refere as jornadas de trabalho da equipe de enfermagem, tais como como períodos de trabalho variáveis, escalas flexíveis, implantação de do regime de sobre aviso e horas extras, medidas estas que irão variar de acordo com a demanda do serviço de hemodiálise. No que diz respeito as horas extras, por exemplo, deve-se avaliar o custo x benefício desta prática, a literatura aponta malefícios do regime de horas extras para equipe de enfermagem, com repercussões como estresse, diminuição da qualidade assistencial, aumento do absenteísmo, diminuição da qualidade de vida, entre outros.⁹ Faz-se necessário também avaliar os custos de tais medidas e sua viabilidade, ainda falando sobre horas extras, estudo realizado em um Hospital Público de Coacal (RO) avaliou o absenteísmo na equipe de enfermagem, composta por 352 colaboradores, verificou-se que o gasto da instituição com horas extras para esta categoria no ano de 2013 chegou a R\$ 438.315,52.¹⁰

Em meados dos anos 80, a Gestão Estratégica em Recursos Humanos passou a ser colocada em pauta nas grandes organizações, uma vez que possibilita a maximização de lucros, satisfação do cliente e aumento da qualidade

dos serviços prestados. Como características atuais da Gestão Estratégica em Recursos Humanos, destaca-se: concentração no core *business* da área, gerenciamento de processos, enxugamento e *downsizing*, *benchmarking* e extroversão, consultoria e visão estratégica, inovação e mudança cultural, ênfase nos objetivos e resultados, eficácia organizacional e visão voltado para o futuro.¹¹⁻¹²

A intensa competição do mundo organizacional, faz com que a gestão de custos com recursos humanos seja um dos temas amplamente discutidos na atualidade. As questões relacionadas ao custo com recursos humanos devem ser avaliadas com frequência, sendo necessário considerar a situação política e econômica do país, análise de mercado, viabilidade financeira do quadro de recursos humanos vigente, etc.¹³

No âmbito da assistência hospitalar o custo com recursos humanos em enfermagem é responsável pela maior parcela dos gastos totais das instituições de saúde.¹⁴ Os custos dispendidos com os recursos humanos no setor de hemodiálise especificamente são pouco conhecidos. No entanto, sabe-se que os crescentes gastos na área hospitalar e a escassez de recursos financeiros, exige dos gestores ações sistemáticas que favoreçam o controle de custos e a manutenção da qualidade dos serviços. As instituições de saúde vem sendo cada vez mais pressionadas a realizar reestruturações de gestão, com objetivo de assegurar a sobrevivência da organização, para tal, o controle de custos é indispensável.^{8,15-16}

Entendendo-se que a avaliação dos custos dos serviços de saúde é uma estratégia gerencial capaz de subsidiar a alocação de recursos financeiros, a questão norteadora desta pesquisa é: o regime de sobreaviso e horas extras dos profissionais de enfermagem que atuam em hemodiálise é financeiramente viável?

Nesse sentido, os objetivos do estudo foram: avaliar o custo e a viabilidade financeira do regime de sobreaviso e horas extras dos profissionais de enfermagem do setor de Hemodiálise; e propor intervenções para racionalização de recursos financeiros no setor de Hemodiálise.

Método

Diante dos problemas que exigem mudanças, faz-se necessário reconhecer as questões envolvidas. Realizou-se o levantamento da literatura acadêmica pertinente; e levantamento de dados, tendo como ponto base o custo deste regime, tais informações foram obtidas através de alguns documentos da instituição, sendo estes folha de ponto, escala de sobre aviso, descrição de horas extras, comprovantes de pagamento de táxi e reembolso quilometragem, no período de 16/11/2015 a 15/05/2017.

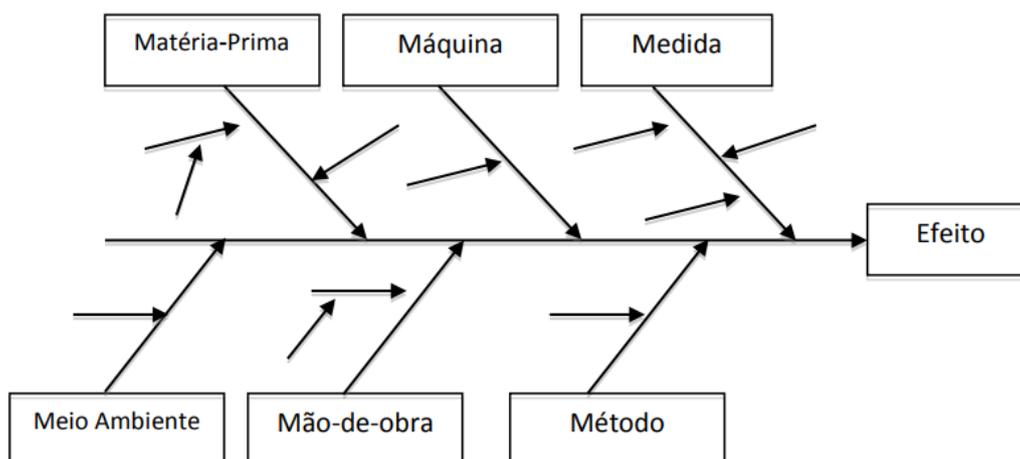
Posteriormente a fim de avaliar sistematicamente as causas do elevado custo com este regime, utilizou-se o Diagrama de Ishikawa, buscando a partir daí possíveis pontos para intervenção.

O Diagrama de Ishikawa também é conhecido como Diagrama de Causa-Efeito ou Espinha de Peixe, criado por Karou Ishikawa em 1953, utilizado a princípio para avaliar a dispersão na qualidade dos produtos e processos no ambiente industrial. Esta ferramenta favorece a identificação e análise das

possíveis causas de variação de um dado processo e a forma como as causas interagem entre si.¹⁷⁻¹⁸

A construção do diagrama se inicia considerando o efeito, as palavras que aparecem nas pontas das ramificações do diagrama são famílias de causas, que podem ser classificadas como matérias-primas, máquinas, medidas, meio ambiente, mão-de-obra e método (6Ms). Outras famílias de causas também podem ser utilizadas nas pontas das ramificações, a depender do problema a ser investigado.¹⁹⁻²⁰

Figura 1 - Diagrama de Ishikawa



Fonte: Ishikawa K. Controle de qualidade total: à maneira japonesa. Rio de Janeiro: Campus. 1993.

Após a definição e implementação da intervenção, será realizado a previsão da equipe, formas de monitoramento, avaliação e orçamento envolvido. Independente da intervenção a ser colocada em prática, o monitoramento será realizado a partir do acompanhamento do número de atendimentos do setor de hemodiálise, número de acionamentos via BIP, gastos totais com o regime de sobre aviso e horas extras e verificação das possíveis mudanças na qualidade da assistência prestada. O monitoramento mínimo para avaliação da eficácia da intervenção realizada deverá ser de três meses.

Resultados

A fim de compreender melhor a questão sobre os custos com o regime de sobre aviso e horas extras no setor de Hemodiálise, realizou-se breve busca na literatura pertinente.

Atualmente, o setor de Hemodiálise do Hospital Beneficente de Senhoras Sírio Libanês (HSL) funciona realizando atendimentos internos e externos, funcionando 24 horas por dia, nos seguintes turnos: 7:00 às 12:00 horas, 13:00 às 16:00 horas e 17:00 às 21:00 horas; as segundas-feiras, quartas-feiras e sextas-feiras existe o turno das 22:00 às 06:00 horas. No que diz respeito ao quantitativo de profissionais de enfermagem, tem-se 5 enfermeiros e 20 técnicos de enfermagem.

Considerando a grande demanda deste serviço houve a necessidade de implementação de um regime de trabalho diferenciado, a fim de que todos os atendimentos de hemodiálise em áreas críticas pudessem ser realizados em

diferentes horários (além do horário comercial). Passou então a vigorar o regime de sobreaviso e horas extras para os técnicos de enfermagem da hemodiálise (estes são os profissionais responsáveis pelos procedimentos durante este processo), os demais profissionais envolvidos no processo permaneceram com seus respectivos horários de trabalho.

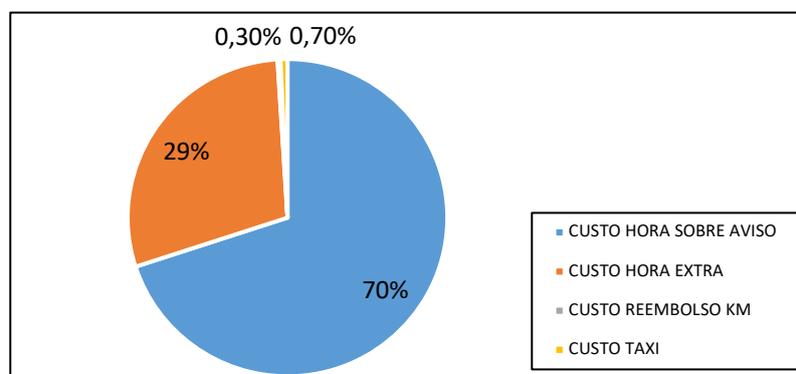
Colocar em prática este regime tem grandes repercussões tanto assistenciais quanto gerenciais. Pensando do ponto de vista da gestão do serviço de saúde, a ampliação da jornada de trabalho implica diretamente em aumento de custo. Os profissionais envolvidos neste regime (não todos da unidade) permanecem com um BIP por um período determinado, caso haja acionamento neste período, o profissional deverá ir até a instituição para realizar a hemodiálise em determinado paciente. Além do salário habitual dos profissionais tem-se um custo adicional com a Hora BIP, Hora Extra, Reembolso KM e Táxi.

Para melhor compreensão desta realidade e posterior levantamento de ações realizou-se um levantamento dos custos com regime de sobreaviso e horas extra no setor de hemodiálise do HSL de 16/11/2015 a 15/05/2017, totalizando a análise de 18 meses. Tais dados foram obtidos através de folhas de ponto, escala de sobre aviso, descrição de horas extras, comprovantes de pagamento de táxi e comprovante de pagamento do reembolso quilometragem. Constatou-se neste período o custo do regime de sobreaviso e horas extras foi de R\$198.996,59, valor composto pelo valor pago de horas sobre aviso, hora extra reembolso quilometragem e táxi (Tabela 1).

Tabela 1 - Distribuição do custo com regime de sobre aviso e horas extras no setor de Hemodiálise do Hospital Beneficente de Senhoras Sírio Libanês, São Paulo, 2017.

	Custo médio/mês em R\$	Custo em 18 meses em R\$
Hora sobre aviso	7.695,81	138.524,55
Hora extra	3.230,86	58.155,40
Reembolso quilometragem	43,68	785,84
Táxi	85,04	1.530,80
Total	11.005,39	198.996,59

Figura 2 - Percentual dos custos com regime de sobre aviso e horas extras no setor de Hemodiálise do Hospital Beneficente de Senhoras Sírio Libanês de acordo com as variáveis hora sobre aviso, hora extra, reembolso quilometragem e táxi, São Paulo, 2017.



Considerando que cerca de 70% do custo com este regime é decorrente da hora sobreaviso, buscou-se também avaliar o perfil dos horários de acionamento, com objetivo de compreender melhor tal problemática e identificar oportunidades de adequação de recursos financeiros. Durante o período

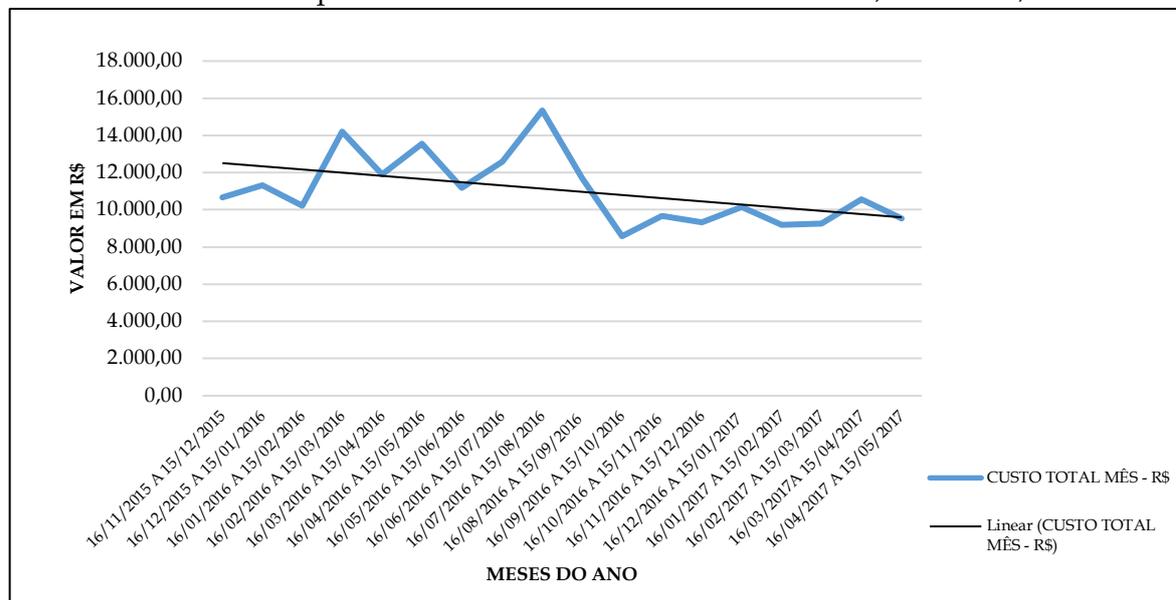
analisado, houveram 281 acionamentos de BIP, os horários mais frequentes de acionamento foram 19:00 horas (61,2%), 13:00 horas (7,8%), 12:00 (5,3%) e 11:00 horas (2,5%). Notou-se que durante a madrugada praticamente não há acionamentos via BIP; se considerarmos o período de 00:00 a 06:00 horas da manhã tem-se apenas 2 acionamentos, correspondendo a 0,6 % do total de acionamentos de 16/11/2015 a 15/05/2017 (Figura 2).

Dos dois acionamentos realizados entre 00:00 e 06:00 horas, um deles foi dia 08 de dezembro de 2015, às 04:50 horas para realização de hemodiálise no paciente JAON. O cliente em questão deu entrada na instituição dia 03 de dezembro de 2015 para realização de cineangiografia e programação cirúrgica (diagnóstico de estenose aórtica importante), ainda no pré-operatório evoluiu com edema agudo de pulmão, associado piora da função renal pós cineangiocoronariografia, havendo necessidade de sessão dialítica. JAON realizou apenas 2 sessões dialíticas antes da cirurgia, após procedimento a função renal manteve-se estável não necessitando de novas sessões; recebeu alta hospitalar para o domicílio em 19/12/2015.

Já o outro acionamento foi realizado dia 06 de agosto de 2016, às 06:00 horas a pedido da unidade, considerando que a demanda para o período da manhã era alta.

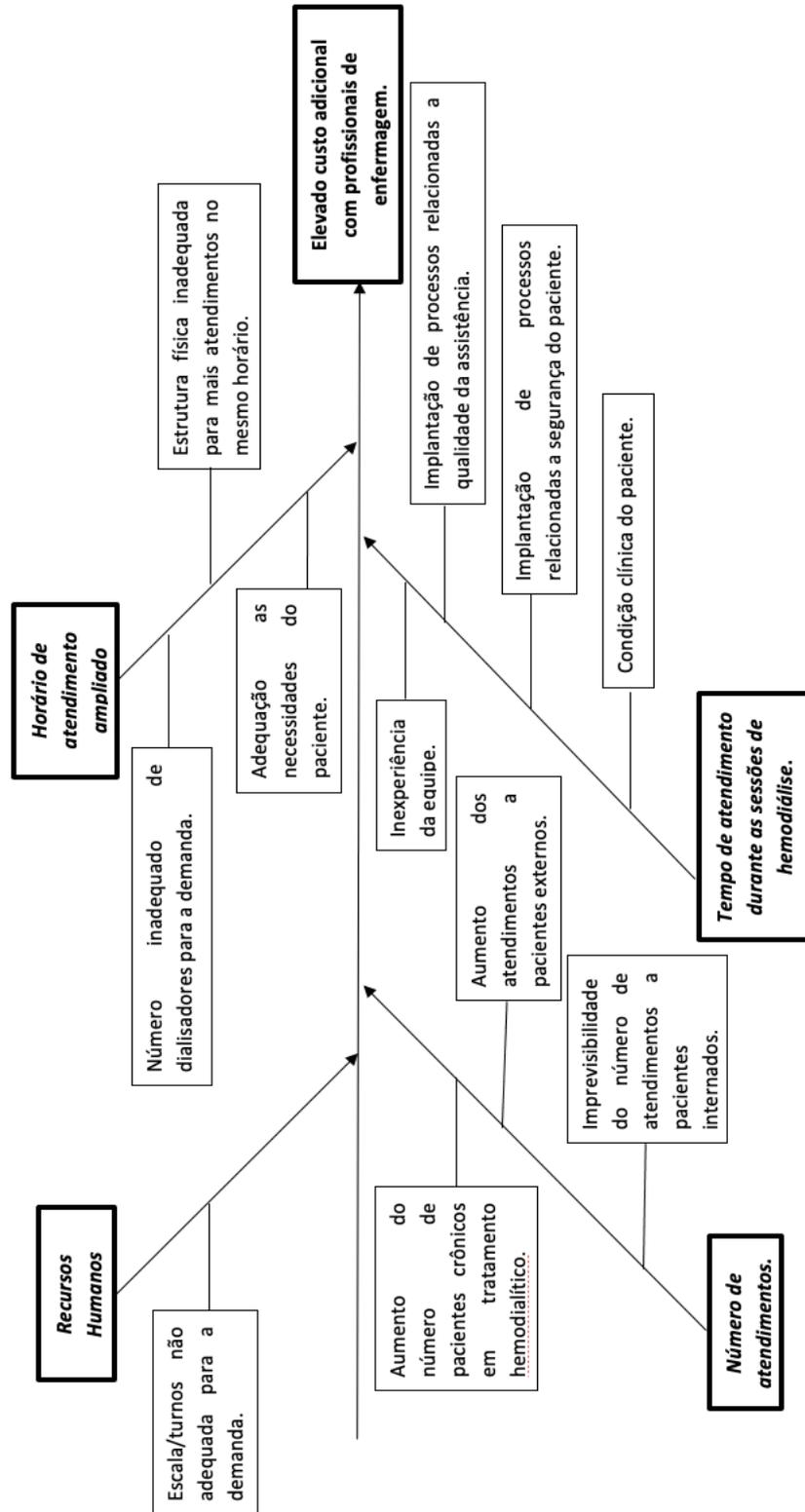
O gráfico a seguir evidencia a distribuição do custo total com o regime de sobre aviso e horas extras no setor de Hemodiálise, nota-se tendência de queda dos custos (com pequenas flutuações) a partir de 16/07/2017. O declínio nos custos deu-se após adequação da escala e turnos de trabalho de acordo com a demanda do serviço (Figura 3).

Figura 3 – Distribuição do custo total com o regime de sobre aviso e horas extras no setor de Hemodiálise do Hospital Beneficente de Senhoras Sírrio Libanês, São Paulo, 2017.



Os dados descritos anteriormente evidenciam um custo financeiro elevado com este regime, havendo a necessidade de uma análise mais criteriosa. Para melhor compreensão desta problemática e as causas associadas, construiu-se o diagrama abaixo:

Figura 4 - Diagrama sobre o custo adicional com profissionais de enfermagem no Setor de Hemodiálise do Hospital Sírio Libanês, 2017.



Proposta de Intervenção

As etapas percorridas para idealização desta proposta foram realizadas como descrito no quadro a seguir:

Tabela 2- Descrição das operações da proposta de aplicativo.

Ação	Estratégia	Atores envolvidos
Levantamento da literatura pertinente	Busca de informações pertinentes em artigos livros, artigos científicos e legislação brasileira sobre o tema.	Residente e Coordenadora do setor de hemodiálise.
Reconhecimento do problema	Levantamento de dados através de documentos (folhas de ponto, escala de sobre aviso, descrição de horas extras, comprovantes de pagamento de táxi e reembolso quilometragem).	Residente, Coordenadora do setor de hemodiálise e profissionais administrativos (setor de Administração de Pessoal e Remuneração).
Elaboração das propostas de intervenção	Análise da viabilidade financeira das intervenções e seu impacto na assistência (qualidade e segurança).	Residente, Coordenadora do setor de hemodiálise e funcionários do setor de hemodiálise.
Encaminhamento da proposta para os gestores responsáveis	Envio da proposta escrita via e-mail com todos os levantamentos realizados.	Residente, Coordenadora do setor de hemodiálise.

Visando a racionalização de recursos financeiros no setor de Hemodiálise, a fim de manter e ou ampliar a viabilidade financeira deste serviço, sem que isso influencie na qualidade e segurança da assistência prestada, propõe-se algumas medidas, conforme descrito nos quadros a seguir:

Tabela 3- Descrição da ação da Proposta 1 para redução dos custos adicionais com o regime de sobre aviso e horas extra.

Proposta 1	Custo/mês.	Custo em 18 meses.	Economia financeira/mês. *	Economia financeira em 18 meses. *
Ação 1. Contratação de 2 técnicos de enfermagem para atuar nos períodos de maior demanda.	~R\$ 9.265,00	~R\$ 166.608,00	~R\$ 1.799,36	~ R\$ 32.388,59

*Economia total considerando apenas o regime de sobre aviso e horas extras como um todo.

Tabela 4- Descrição das ações da Proposta 2 para redução dos custos adicionais com o regime de sobre aviso e horas extra.

Proposta 2	Custo/mês.	Custo em 18 meses.	Economia financeira/mês	Economia financeira em 18 meses.
Ação 1. Alteração do horário de sobre aviso, vigência: - Segunda, Quarta e Sexta-feira: 19:00 às 00:00.	~R\$1.533,60	~R\$ 27.604,80	~R\$ 6.162,21	~ R\$ 110.920,75

Ação 2. Alteração do horário de sobre aviso, vigência: - Terça-feira, Quinta-feira, Sábado e Domingo: 19:00 às 3:00 horas.	~R\$ 3.271,68	~R\$ 58.890,24	~ R\$ 4.424,13	~ R\$ 7.634,31
Soma economia total *	--	--	~R\$ 10.586,34	~ R\$ 118.555,06

*Economia total considerando apenas o regime de sobre aviso.

Gestão do Plano

O plano de ação da presente proposta de Aplicativo foi desenvolvido baseando-se na realidade do setor de hemodiálise do Hospital Sírio Libanês da unidade Bela Vista. Contudo, vale ressaltar que antes da implementação de quaisquer medidas é necessário a aprovação dos gestores locais e posteriormente da alta gestão da instituição.

A previsão da equipe envolvida nesta proposta irá variar de acordo com a proposta escolhida. No caso da proposta 1, além do quantitativo já existente, será necessário contar com mais dois profissionais (técnicos de enfermagem), tendo um orçamento adicional a folha de gastos da instituição de ~R\$ 9.256,00 ao mês. Já na proposta 2 contar-se-ia apenas com os profissionais já contratados pela instituição, não havendo gastos adicionais aos já existentes. O papel dos gestores, principalmente gestor enfermeiro e médico, são fundamentais para que a proposta seja colocada em prática.

A futura avaliação e monitoramento da viabilidade da proposta de intervenção deverá ser realizada de maneira contínua ao longo do tempo, acompanhamento deste é responsabilidade dos gestores desta unidade. Tal avaliação deverá ser realizada a partir do acompanhamento do número de atendimentos no setor de hemodiálise, número de acionamentos via BIP, gastos totais com o regime de sobre aviso e horas extras e verificação das possíveis mudanças na qualidade da assistência prestada. Recomenda-se o monitoramento mínimo de três meses para avaliação real da economia realizada.

Considerações finais

Os planos de ação evidenciados nesta proposta de Aplicativo foram elaborados de acordo com a realidade do Hospital Beneficente de Senhoras Sírio Libanês e do Setor de Hemodiálise desta instituição. No entanto vale ressaltar que devido a indisponibilidade de tempo e necessidade de aprovação dos gestores envolvidos não foi possível colocá-los em prática. Sugere-se a implantação de alguma das propostas descritas e seu monitoramento ao longo de no mínimo três meses, no intuito de analisar sua efetividade e realizar mudanças caso necessário.

A construção desta proposta contribuiu de maneira a aprimorar e desenvolver o conhecimento teórico-prático sobre a gestão financeira e otimização de recursos, podendo servir também como incentivo/modelo para outras unidades iniciarem ações visando a racionalização de recursos financeiros.

Como limitação deste trabalho, destaca-se o curto período para desenvolvimento da proposta (culminando na não implantação do mesmo) o que consequentemente impede a avaliação da possível economia decorrente das ações. Outra limitação a ser citada foi a ausência de comparação entre os custos dispendidos nos procedimentos hemodialíticos e valores recebidos por sua realização, não podendo ser analisado, portanto, se o processo como um todo é lucrativo ou oneroso para a instituição.

Aponta-se a necessidade de ampliar as ações/estudos e *benchmarking* no âmbito do gerenciamento de custos, considerando a lacuna encontrada na busca literária sobre a temática; e sobretudo a sobrevivência desta organização, que se encontra em um mercado cada vez mais competitivo.

Agradecimento

Essa pesquisa não recebeu financiamento para sua realização.

Referências

- 1- Ferreira EDM. O itinerário terapêutico de pessoas em terapia renal substitutiva com doença de base hipertensão e/ou diabetes mellitus. [dissertação]. Universidade Federal de Juiz de Fora. 2015.
- 2- Junior JER. Doença Renal Crônica: Definição, Epidemiologia e Classificação. J Bras Nefrol. 2004;36(3): 1-3.
- 3- Jha V. Chronic kidney disease: global dimension and perspectives. The Lancet. 2013; 382: 260-272.
- 4- Szuster DAC et al. Potencialidades do uso de banco de dados para informação em saúde: o caso das Terapias Renais Substitutivas (TRS) – morbidade e mortalidade dos pacientes em TRS. Rev Med Minas Gerais. 2009; 19(4): 308-16.
- 5- Leite DS. Camargo NLB. Cordeiro FB. Schuinski AFM. Baroni G. Repercussões vasculares do uso de CDL em pacientes hemodialíticos: análise ecográfica dos sítios de inserção. J. Bras Nefrol. 2014/ 36(3): 320-324.
- 6- ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução – RDC N° 154, de 15 de Junho de 2004.
- 7- ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. RDC N ° 11, de 13 de março de 2014.
- 8- Lima AFC. Custo direto da monitorização da hemodiálise convencional realizada por profissionais de enfermagem. Rev Bras Enferm. 2017; 70(2): 374-81.
- 9- Curan GRF. Beraldo A. Souza SNDH. Rossetto EG. Dimensionamento de pessoal de unidade neonatais em um hospital universitário. Semina: Ciências Biológicas e da Saúde. 2015; 36(1): 55-62.
- 10- Pereira LJ. O custo do absenteísmo no hospital regional de Cacoal – RO no período de 2011 a 2013. [trabalho de conclusão de curso] Universidade Federal de Rondônia. 2016.
- 11- Chiavenato I. Como transformar RH (de um centro de despesa) em um centro de lucro. São Paulo: Makron Books. 1996.
- 12- Wood Junior T. Picarelli Filho V. Remuneração por habilidades e competências: preparando a organização para a era das empresas de conhecimento intensivo. 3ª Edição. São Paulo: Atlas. 2004.

- 13- Marques GGSVF. Indicadores de Recursos Humanos. [dissertação]. Lisboa School of Economics & Management. 2014.
- 14- Marquis BL. Huston CJ. Administração e liderança em enfermagem: teoria e prática. 8^o Edição. Porto Alegre: Artmed. 2015. P.228.
- 15- Sanders GD et al. Recommendation for Conduct, Methodological Practices, and Reporting of Cost-effectiveness Analyses. JAMA. 2016; 316(1): 1093-1103.
- 16- Wong B. Courtney M. Pauly RP. Jindal K. Klarenbach S. Cost analysis of in-centre nocturnal compared with conventional hemodialysis. Canadian Journal of Kidney Health and Disease. 2014,1:14.
- 17- Holanda MA. Pinto ACBRF. Utilização do diagrama de Ishikawa e Brainstorming para solução do problema de uma indústria da região metropolitana de Recife. XXIX Encontro Nacional de Engenharia de Produção. Salvador, BA, Brasil. 2009.
- 18- Magri JM. Aplicação do método QFD no setor de serviços: estudo de caso em um restaurante. [monografia]. Universidade Federal de Juiz de Fora. 2009.
- 19- Aguiar MC. Análise de Causa Raiz: levantamento dos métodos e exemplificação. [dissertação]. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. 2014.
- 20- Ishiwawa K. Controle de qualidade total: à maneira japonesa. Rio de Janeiro: Campus. 1993.

Autor de Correspondência

Gabriela Alves Vieira da Silva
Rua Dona Adma Jafet, 91. CEP: 01308-050. Bela Vista,
São Paulo, São Paulo, Brasil.
gabriela.av.93@gmail.com

Produção do cuidado de enfermagem à população LGBTQIA+ na atenção primária

Production of nursing care for the LGBTQIA + population in primary care

Producción de cuidados de enfermería para la población LGBTQIA + en atención primaria

Alana Alves da Cruz Silva¹, Edvaldo Belo da Silva Filho², Thamilly Bastos Lobo³, Anderson Reis de Sousa⁴, Márlon Vinicius Gama Almeida⁵,
Lilian Conceição Guimarães de Almeida⁶, Carle Porcino⁷, Valterney Moraes⁸, Núbia Cristina Rocha Passos⁹

Como citar: Silva AAC, Silva-Filho EBS, Lobo TB, Sousa AR, Almeida MVG, Almeida LCG, et al. Produção do cuidado de enfermagem à população LGBTQIA+ na atenção primária. REVISA. 2021; 10(2): 291-303. Doi: <https://doi.org/10.36239/revisa.v10.n2.p291a303>

REVISA

1. Faculdade Nobre de Feira de Santana. Feira de Santana, Bahia, Brasil. <https://orcid.org/0000-0003-3339-3288>

2. Faculdade Nobre de Feira de Santana. Feira de Santana, Bahia, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-1872-4723>

3. Faculdade Nobre de Feira de Santana. Feira de Santana, Bahia, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-0375-4217>

4. Universidade Federal da Bahia, Escola de Enfermagem. Salvador, Bahia, Brasil. <https://orcid.org/0000-0001-8534-1960>

5. Universidade do Vale do São Francisco. Paulo Afonso, Bahia, Brasil. <https://orcid.org/0000-0001-8026-1136>

6. Universidade Federal da Bahia, Escola de Enfermagem. Salvador, Bahia, Brasil. <http://orcid.org/0000-0001-6940-9187>

7. Universidade Federal da Bahia, Escola de Enfermagem. Salvador, Bahia, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-6176-0105>

8. Faculdade Anísio Teixeira. Feira de Santana, Bahia, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-7119-5584>

9. Faculdade de Ciências e Empreendedorismo. Santo Antônio de Jesus, Bahia, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-8665-1060>

Recebido: 22/01/2020
Aprovado: 19/03/2020

RESUMO

Objetivo: descrever a produção do cuidado em Enfermagem à saúde de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Pessoas Trans Queers Intersexos, Assexuais e outras identidades sexuais e de gênero, a partir das reflexões acerca do trabalho da enfermeira. **Método:** Estudo qualitativo, realizado com 18 enfermeiras que atuavam na Atenção Primária à Saúde em um município da Bahia, Brasil entre o ano de 2018. Realizou-se entrevista individual em profundidade, analisadas pelo método do Discurso do Sujeito Coletivo. **Resultados:** O cenário da produção do cuidado de enfermagem a partir do trabalho da enfermeira na Atenção Primária direcionado à população LGBTQIA+ esteve permeado por fragilidades no reconhecimento desta população no território de atuação, no atendimento clínico empregado na consulta de Enfermagem e no reconhecimento das vulnerabilidades e necessidades de saúde da população LGBTQIA+. **Conclusão:** Há fragilidades, barreiras e dificuldades na produção do cuidado à saúde da população LGBTQIA+ que envolvem dimensões distintas que perpassam pela formação acadêmica, profissional, estrutural, administrativa/institucional e da gestão do cuidado e atenção à saúde no contexto da Atenção Primária. Este cenário é provocador da manutenção de desigualdades e iniquidades em saúde que necessitam ser superados.

Descritores: Análise de Gênero na Saúde. Diversidade de Gênero. Minorias Sexuais e de Gênero. Enfermagem. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

Objective: to describe the production of nursing care for the health of Lesbians, Gays, Bisexuals, Transvestites and Trans Queers, Intersex, Asexual and other sexual and gender identities, based on reflections about the nurse's work. **Method:** Qualitative study, conducted with 18 nurses who worked in Primary Health Care in a municipality in Bahia, Brazil between 2018. An in-depth individual interview was conducted, analyzed using the Collective Subject Discourse method. **Results:** The scenario of the production of nursing care based on the work of nurses in Primary Care directed to the LGBTQIA + population was permeated by weaknesses in the recognition of this population in the territory in which they operate, in the clinical care used in the Nursing consultation and in the recognition of vulnerabilities and health needs of the LGBTQIA + population. **Conclusion:** There are weaknesses, barriers and difficulties in the production of health care for the LGBTQIA + population that involve different dimensions that go through academic, professional, structural, administrative / institutional training and the management of care and health care in the context of Primary Care. This scenario provokes the maintenance of health inequalities and inequities that need to be overcome.

Descriptors: Gender Analysis in Health. Gender Diversity. Sexual and Gender Minorities. Nursing. Primary Health Care.

RESUMEN

Objetivo: describir la producción de cuidados de enfermería para la salud de Lesbianas, Gays, Bissexuales, Travestis y Trans Queers, Intersexuales, Asexuales y otras identidades sexuales y de género, a partir de reflexiones sobre el trabajo de la enfermera. **Método:** Estudio cualitativo, realizado con 18 enfermeros que laboraron en Atención Primaria de Salud en un municipio de Bahía, Brasil entre 2018. Se realizó una entrevista individual en profundidad, analizada mediante el método Discurso Colectivo del Sujeto. **Resultados:** El escenario de la producción de cuidados de enfermería a partir del trabajo de enfermeros en Atención Primaria dirigido a la población LGBTQIA + estuvo permeado por debilidades en el reconocimiento de esta población en el territorio en el que se desenvuelve, en la atención clínica utilizada en la consulta de Enfermería y en el reconocimiento de vulnerabilidades y necesidades de salud de la población LGBTQIA +. **Conclusión:** Existen debilidades, barreras y dificultades en la producción de atención en salud para la población LGBTQIA + que involucran diferentes dimensiones que pasan por la formación académica, profesional, estructural, administrativa / institucional y la gestión de la atención y la atención de la salud en el contexto de la Atención Primaria. Este escenario provoca el mantenimiento de desigualdades e inequidades en salud que es necesario superar.

Descritores: Análisis de género en salud; Diversidad de género; Minorías sexuales y de género; Enfermería; Primeros auxilios.

Introdução

No Brasil, na década de 80, o movimento LGBTQIA+ tornou-se um dos mais significativos e aparentes, por realizarem reivindicações sociais em busca do respeito de uma identidade sexual diversa dos padrões heteronormativos, da autonomia do movimento homoafetivo e do direito do exercício e liberdade para as vivências sexuais.¹ Esta mobilização repercutiu de forma positiva, ao passo que ganha visibilidade e incita grandes debates nacionais e internacionais. A maneira que os grupos vão se organizando ganham força mundial, as paradas surgem como um grande acontecimento capaz de despertar muitos olhares para as problemáticas que afligem a população LGBTQIA+ entre elas a violência decorrente da homofobia.²

A Política LGBT foi uma iniciativa advinda da exigência dos movimentos sociais em articulação com a academia e a gestão do SUS para a construção de uma assistência inclusiva elaborada a partir dos princípios de equidade, universalidade e integralidade. O Ministério da Saúde, visando a redução das desigualdades constituiu o Programa Mais Saúde - Direito de Todos, que apresenta metas específicas para promover ações de enfrentamento das desigualdades em saúde com destaques para grupos populacionais de negros, quilombolas, LGBTQIA+, ciganos, trabalhadoras(es) do sexo, população em situação de rua, entre outros.^{1,3}

A procura pelos serviços de saúde pela população LGBTQIA+ é restrita, certamente influenciada pelo contexto discriminatório e excludente com que é organizada a assistência à saúde. A lógica predominante de pensar os sujeitos em função de uma heterossexualidade presumida interfere na qualidade dos serviços ofertados, visto que eles não atendem as reais necessidades da população LGBTQIA+, além disso as práticas de saúde desenvolvidas se baseiam em valores pessoais e conceitos pré-concebidos, o que muitas vezes repele os sujeitos vulneráveis.

Dessa forma, o Ministério da Saúde determina que as identidades sexuais e de gênero são propriedades que expõem esta população específica à discriminação e à violação de direitos humanos, inclusive cerceia o acesso integral à saúde, em decorrência da não adequação do gênero ao sexo biológico ou à identidade sexual heteronormativa. Tal condição, produz retrocessos e reforça a situação de vulnerabilidades em que já se encontram as pessoas LGBTQIA+.⁴

No contexto brasileiro, os avanços na área da saúde, no que diz respeito à população LGBTQIA+, são insuficientes; visto que as singularidades destas identidades, estando muitas vezes permeados pelo estigma e preconceitos face à adequação do gênero junto ao sexo biológico,⁵ mesmo após a implantação da Política Nacional de Saúde Integral de LGBTQIA+.

Pondera-se que a inclusão da população LGBTQIA+ no cuidado à saúde, depende em grande parte das transformações no modo de pensar e de agir dos profissionais da saúde. Estes sujeitos devem ser acolhidos, ter atendimento humanizado livre de discriminação, os direitos à privacidade, à autonomia e ao livre desenvolvimento da personalidade devem ser respeitados, independente de orientação sexual ou identidade de gênero⁶.

A produções científicas acerca do cuidado à saúde deste grupo populacional requer incremento, assim sendo, adotamos como questão de pesquisa: como se configura a produção do cuidado de enfermagem na atenção primárias direcionado à saúde da população LBTQIA+? Como objetivo, este estudo buscou descrever a produção do cuidado em enfermagem na atenção primárias direcionado à saúde da população LBTQIA+.

Método

Estudo descritivo, qualitativo, realizado com 18 enfermeiras que atuavam na rede de Atenção Primária à Saúde em um município da Bahia-Brasil. As participantes tinham identidade de gênero cisgínera, identidade sexual heterossexual, faixa etária entre 26 e 33 anos, raça/cor autodeclarada parda, renda familiar média de R\$ 2.862,00 reais, religião/crença católica, escolaridade pós-graduação. Foram excluídos os demais profissionais da equipe de saúde da família, enfermeiras não adscritas no território, que não atuassem na Atenção Primária, coordenadoras de serviços e programas de saúde, feristas e que estivessem de licença.

A coleta de dados se deu a partir de entrevista híbrida, individual, em profundidade, agendada segundo a disponibilidade das participantes, guiadas por roteiro semiestruturado, efetuada em local reservado no espaço de trabalho das mesmas, Unidades de Saúde da Família e Unidades Básicas de Saúde, com garantia da individualidade, privacidade, preservação da imagem e anonimato nas informações coletadas.

As entrevistas tiveram tempo médio de 30 minutos foram gravadas com gravador próprio e posteriormente transcritas na íntegra, codificadas e organizada, mediante autorização dos(as) participantes e em atendimento aos critérios estabelecidos pelos COREQ, para pesquisas qualitativas.⁷

Os dados apreendidos foram organizados e sistematizados sob o suporte do Software NVIVO® 11 e posteriormente, submetidos à codificação que possibilitou emergir formulação de Discursos Sínteses, estruturado através da aplicação do método do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). Para tanto, foram apreendidas as figuras metodológicas: Expressões-Chaves e posteriormente as Ideias Centrais e possibilitaram analisar o fenômeno que expressa o pensamento de uma coletividade.⁸⁻⁹

Vale ressaltar que para sua execução o projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Nobre, sob protocolo CAAE: 80261917.9.0000.5654, número: 2.395.929 e esteve em consonância com os critérios do *Revised Standards for Quality Improvement Reporting Excellence, SQUIRE 2.0*. Para entrevistas foi feita a apresentação do estudo às participantes e aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), junto as participantes. O termo foi lido e explicado, posteriormente assinado em duas vias, sendo uma dos (as) pesquisadores (as) responsáveis e outra da entrevistada, em atendimento as determinações da Resolução 466/2012.

Resultados

Os discursos coletivos permitiram explicar os fenômenos empíricos a partir de três macros categorias de discursos-síntese, compostas pelas subcategorias de Ideias Centrais que compuseram o objeto em análise.

Síntese 1: cenário da produção do cuidado sob a ótica do reconhecimento da população LGBTQIA+ no território

Ideia Central 1A: Estereótipos da população LBTQI+

Eu percebo que é uma pessoa LGBTQIA+ pelo comportamento e às vezes pelo Agente Comunitário de Saúde que relata, embora desde o tempo que eu entrei na unidade em que atuo eu não atendi ninguém. Eu não tenho proximidade com o público LGBTQIA+ cadastrado na unidade em que atuo. (DSC de enfermeiras da ABS).

Ideia Central 1B: Invisibilidade da identidade LBTQIA+

Em meus atendimentos, nunca identifiquei e nunca relataram eu atendo puericultura, pré-natal que é todo mundo a princípio hétero, no planejamento familiar também não identifiquei ninguém com relacionamento homossexual, no HIPERDIA, são mais idosos e eu não notei e não pergunto a opção sexual deles. O público LGBTQIA+ que eu consigo reconhecer com maior facilidade são os homens gays. As travestis são mais difíceis de aparecer na unidade, assim como as lésbicas, pois elas não costumam relatar nas consultas. Sinto dificuldades em diferenciar o que é ser homossexual ou transexual. Eu atendo muitos pacientes que são cadastrados na unidade em que eu atuo, mas a orientação sexual não constitui um requisito a ser digno de investigação no histórico de Enfermagem no prontuário. (DSC de enfermeiras da ABS).

Ideia Central 1C: Desconhecimento das demandas de atendimento direcionado à população LGBTQIA+

Indiretamente eu atendo o público LGBTQIA+, afinal de contas a demanda de atendimento é livre, mas nunca realizei uma consulta específica. O público não relata que é LGBTQIA+. Aqui na unidade não tem um grupo específico LGBTQIA+, as demandas de atendimento são para puericultura, saúde da criança, saúde da mulher, saúde do homem, a gente não tem saúde LGBTQIA+. Eu imagino que eles existam na minha área de abrangência pois atendo muitos homens e mulheres, e alguns são sim homossexuais, outros eu acabo não sabendo porque particularmente eu acho invasivo está perguntando se a pessoa é LGBTQIA+, é meio constrangedor. Uma vez, durante a realização do exame de preventivo do câncer do colo do útero, no decorrer das perguntas sobre relação sexual, a paciente relatou ter relações sexuais, mas não com homem. Ao ouvir aquele relato eu fiquei um pouco assustada, pois eu não esperava me deparar com aquela resposta. Ainda é uma coisa que assusta e me deixa apreensiva pois eu não sei como lidar com essa pessoa. (DSC de enfermeiras da ABS).

Síntese 02: cenário da produção do cuidado sob a ótica das necessidades e demandas

Ideia Central 2A: Acolhimento

Tenho buscado realizar o atendimento com acolhimento e receptividade, sem tratar com diferença ou qualquer preconceito. O atendimento não muda por conta da orientação sexual, não há fatores impeditivos na minha prática por esse motivo. Antes de chegar até o consultório de enfermagem os pacientes são recebidos pelos profissionais da recepção, higiene e as técnicas de enfermagem e necessitam assim como eu atender de maneira espontânea.

Ideia Central 2B: Assistência de Enfermagem em saúde sexual e reprodutiva

Os pacientes que eu reconheço que são LGBTQIA+ costumam aparecer nos atendimentos do programa de planejamento familiar. Realizo testagem para detecção das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) como a Sífilis e o HIV. Solicito exames sorológicos, distribuo preservativo e presto atendimento às demandas de caráter emergencial relacionadas com a saúde sexual, a exemplo, de corrimento e dor uretral e contracepção de emergência. E também presto orientações sobre a prevenção das IST, sobre a prática das relações sexuais com segurança e sobre o planejamento reprodutivo. (DSC de enfermeiras da ABS).

Ideia Central 2C: Assistência de Enfermagem em saúde endócrina - hormonização

No caso da população trans tem chegado até o serviço a demanda da realização de controle hormonal, especialmente em relação a interrupção do fluxo menstrual e da contracepção. (DSC de enfermeiras da ABS).

Ideia Central 2D: Assistência de Enfermagem em saúde imunológica - imunização

Durante a consulta eu busco fazer orientações relacionadas à imunização e presto os cuidados sobre a realização das vacinas, seus efeitos, contribuições e possíveis efeitos adversos.

Ideia Central 2E: Reconhecimento de vulnerabilidades em saúde

Os poucos pacientes que eu atendi se encontravam em vivência de preconceito e risco para a saúde. Estavam receosos durante o atendimento, com receio em estar na unidade e com expressiva carência de orientações sobre os cuidados em saúde, as medidas de prevenção, o uso do preservativo durante as relações sexuais e vulnerabilidade às IST, como o HIV. Alguns se encontravam em situação de prostituição e vinham para o atendimento com maior frequência para realizar exames preventivos e acessar os preservativos. Apresentavam problemas de caráter social como baixa condição financeira, vínculos empregatícios precários, problemas familiares e a violência expressa em maus tratos e até agressões e espancamentos. (DSC de enfermeiras da ABS).

Síntese 03: cenário da produção do cuidado sob a ótica das fragilidades

Ideia Central 3A: Fragilidades na educação em saúde

Tentamos fazer palestras, ações em saúde para realização de testes rápidos, mas fica restrita apenas para essa área. Necessitamos de maior divulgação pois a falta de

conhecimento da equipe profissional de saúde é muito grande. A educação em saúde é essencial e nossa equipe já tentou montar grupo com a população LGBTQIA+, mas foi sem muito sucesso, no dia só veio uma pessoa e como são poucos àqueles que nos procuram, acabam passando por despercebidos. (DSC de enfermeiras da ABS).

Ideia Central 3B: Fragilidades na formação profissional

Na Atenção Básica deveríamos ter um suporte maior para atender a população LGBTQIA+. Faltam treinamentos e capacitações específicas. Eu nunca recebi treinamento específico para atuar frente as demandas de saúde da população LGBTQIA+ aqui na unidade. Por conta dessas razões eu acabo enfrentando maiores dificuldades em lidar, abordar e prestar cuidados para a população LGBTQIA+, o que me faz me sentir despreparada. (DSC de enfermeiras da ABS).

Ideia Central 3C: Fragilidades no trabalho interprofissional em saúde

A unidade de saúde está sempre com vagas abertas para receber o público LGBTQIA+ mas eu enfrento grande dificuldade de estabelecer estratégias junto à equipe para alcançar este público. O número de Agentes Comunitários de Saúde na unidade é reduzido, os profissionais médicos não se sensibilizam e gera dificuldade no desempenho do trabalho em saúde dedicado a esta área. (DSC de enfermeiras da ABS).

Ideia Central 3D: Fragilidades na superação do estigma e da discriminação

Tenho buscado conversas com a minha equipe nas reuniões para desvincularmos de qualquer tipo de preconceitos aos usuários. Mesmo não tendo tido nenhuma situação de constrangimento por parte da equipe que eu atuo, tem sido um desafio atender o LGBTQIA+ de forma livre da discriminação. Um fator problemático encontrado é a religião, pois muitos profissionais que atuam na unidade de saúde acabam tratando os pacientes de forma diferente em razão da orientação sexual. (DSC de enfermeiras da ABS).

Ideia Central 3E: Fragilidades no matriciamento

A equipe que atua comigo não tem realizado ações de mapeamento e acompanhamento da população no território. Não sabemos ao certo quantas pessoas LGBTQIA+ fazem parte da área de cobertura da unidade de saúde. A visita domiciliar voltada ao atendimento da população LGBTQIA+ é ausente e a busca ativa realizada pelos Agentes Comunitários de Saúde é precária. (DSC de enfermeiras da ABS).

Ideia Central 3F: Fragilidades no desenvolvimento de ações específicas

Eu não disponho um programa nem de atenção à saúde direcionada à população LGBTQIA+ no território em que atuo. Faltam ações concretas da política de saúde voltada para essa população. Não temos um dia de atendimento específico para a população LGBTQIA+ assim como temo para as mulheres e homens não LGBTQIA+ . As ações de campanha realizadas pela secretaria municipal de saúde também não abordam as questões de saúde da população LGBTQIA+, o que prejudica a vinculação dessa população à unidade de saúde da sua localidade. (DSC de enfermeiras da ABS).

Ideia Central 3G: Fragilidades no cumprimento do nome social no Sistema Único de Saúde (SUS)

Eu já tenho conhecimento sobre o nome social nos estabelecimentos de saúde no SUS, mas na unidade em que eu atuo a realidade é de desrespeito a esse direito. Os profissionais de

saúde ainda não estão habilitados a fazer com que o nome seja garantido. Há muita falta de informação que repercute em descumprimento. (DSC de enfermeiras da ABS).

Discussão

O estudo desvelou a produção do cuidado de Enfermagem à saúde de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Pessoas Trans Queers Intersexos, Assexuais e outras identidades sexuais e de gênero. Tornou-se expresso por invisibilidades, dificuldades no reconhecimento da população no território, bem como da fragilidade da abordagem dos profissionais quanto ao trabalho direcionado a contemplar a diversidade sexual e identidades de gênero.

Mostrou-se ainda ser um trabalho pautado em organizações rígidas do processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família, sem a construção de ações voltadas ao atendimento do público LGBTQIA+, tal como da produção de cuidado específico e singular para o mesmo, o que expressa a existência de fragilidades na atuação das profissionais para a condução da assistência e incipiência quanto à investigação realizada na consulta de Enfermagem, ao demonstrar que se sentem envergonhas ou desconfortáveis em abordar os pacientes sobre a sua orientação sexual e identidade de gênero.

Quanto ao atendimento à população LGBTQIA+, as enfermeiras mencionaram não receber com frequência esse público, o que pode estar associada à fragilidade na busca ativa e mesmo de reconhecimento do território, e mesmo a presença de preconceitos.¹¹⁻¹² Destarte, importa destacar sobre a existência de barreiras simbólicas no acesso aos serviços, especialmente pela manifestação do estigma e discriminação em saúde, que reforçam estereótipos, formulam e fortalecem preconceitos e provocam o apagamento das pessoas e das expressões de suas identidades sexuais e de gênero.

Com isso, ressalta-se que entre a população LGBTQIA+, as Travestis e Transexuais são as que mais sofrem com o preconceito e a discriminação no ambiente familiar e social, como também nos serviços de saúde.¹³ O preconceito dos profissionais de saúde frente ao público LGBTQIA+ acarreta na desqualificação da atenção à saúde a esta população, evidenciando o alcance desses processos discriminatórios ao próprio sistema de saúde.

A população LGBTQIA+ tem seus direitos básicos atacados e se encontra em situação de vulnerabilidade. No contexto de enfrentamento do preconceito e da discriminação, surgem os movimentos sociais organizados tal como Movimento LGBTQIA+ brasileiro, em que reivindicam a livre expressão de sua identidade sexual, a mudança do nome em documentos de identificação, o acesso a políticas de saúde e a proteção do Estado frente à violência motivada pelo preconceito.

No que tange o reconhecimento das demandas de saúde requeridas pela população LGBTQIA+, o estudo revelou, a partir do discurso coletivo que as enfermeiras referiram, que esta população LGBTQIA+ quando acessa o serviço, busca por assistência à saúde direcionadas ao planejamento familiar, bem como para atenção às Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), realização de testes rápidos e aquisição de preservativos. Notou-se ainda que essas demandas específicas, tais como as relacionadas à saúde sexual, só são expostas pela população quando há o desenvolvimento do vínculo entre profissional e usuário.

A identificação da população LGBTQIA+ como população chave para o acometimento das IST, com o destaque para o HIV/AIDS, levou a ações de saúde específicas a esta população, o que contribuiu para a discriminação da homossexualidade na comunidade geral e científica.¹³⁻¹⁴

As vulnerabilidades da população LGBTQIA+ reconhecidas pelas enfermeiras, estiveram associadas ao medo, preconceito, estigma, desagregação familiar, dificuldades financeiras, exposição à IST, desconhecimento e falta de instrução e orientação e a violência, fatores que, segundo elas, são determinantes para o afastamento deste público dos serviços de saúde.

Diante desse contexto, deve-se buscar desenvolver ações que almejem combater as invisibilidades institucionais frente a essa população, com ênfase para as mulheres, que se encontram em maior situação de vulnerabilidades e apagamentos de sua sexualidade, com ampliação do acesso e garantia da integralidade da atenção.¹⁶

Frente a essa realidade, o Ministério da Saúde reconhece que as identidades sexuais e de gênero são atributos que expõem a população LGBTQIA+ à discriminação e à violação de direitos humanos, inclusive ao acesso não integral à saúde, o que deve ser constantemente refletido por parte dos profissionais e gestores em saúde, assim como dos órgãos de controle social.¹⁷

Em relação ao cuidado de saúde produzido pelos profissionais de saúde, os resultados trazem que as enfermeiras referiram prestar o mesmo cuidado a qualquer pessoa, e alegaram não saber lidar de forma diferenciada com a população LGBTQIA+. Contudo, é relevante refletir que a busca por respeito às múltiplas identidades perpassa pela questão da equidade do cuidado em saúde, como se dá na Enfermagem. Neste sentido, não se trataria, apenas, de tratar todos “como qualquer pessoa”, o que seria um aspecto básico a ser garantido, quando refletimos sobre o conceito de igualdade, mas, sim, o de direcionar o atendimento a partir da desconstrução de barreiras existentes entre àqueles(as) que podem ser atendidos(as) e os(as) que querem ser atendidos(as), além daqueles(as) que não podem ser atendidos, e atentar ainda para àqueles(as) que não se sentem pertencentes ao serviços, dado que são marginalizados e segregados.¹⁸

Ressalta-se que a entrada nos serviços, como na Estratégia de Saúde da Família, demanda sensibilização das diferentes modalidades de constituição de redes familiares, distintas do padrão heterossexual, primando pelo respeito à singularidade dos sujeitos e combatendo todas as formas de normatização que impliquem processos de exclusão e discriminação das pessoas. Isso só é conseguido com o rompimento dos processos discriminatórios institucionalizados.

A assistência à população LGBTQIA+ atualmente provoca os profissionais de saúde pública a criarem ações de cuidado destinadas a essa população que superem a histórica abordagem estigmatizante e limitada, mas que sejam associadas à própria criação dessas categorias identitárias e das necessidades de saúde que não são atendidas.¹⁹

Sob o prisma das necessidades de saúde importa salientar que as mesmas se organizam em quatro conjuntos, a saber: as boas condições de vida; a necessidade de se ter acesso e poder usufruir de toda a tecnologia de saúde capaz de melhorar e prolongar a vida; a criação de vínculos efetivos entre cada usuário e uma equipe e/ou um profissional; e por fim a autonomia de cada sujeito no modo de conduzir sua vida²⁰, o que se faz necessário contemplar à produção do

cuidado à saúde da população LGBTQIA+. Desse modo, carecem de ser consideradas na produção do cuidado de enfermagem à saúde dessas pessoas.

As maiores ações realizadas pelas enfermeiras das unidades, foram pautadas na educação em saúde, a exemplo de palestras e salas de espera. A população LGBTQIA+ vivencia algumas disparidades no cuidado em saúde, resultando em reduzida produção do cuidado nos serviços de saúde, tornando-se limitado.²¹

O despreparo e a falta de conhecimento dos profissionais diante das necessidades desta população são evidentes, resultando em insegurança por partes dos usuários e resistência em procurar o serviço especializado.²²

O acesso à garantia do cuidado e a construção de vínculo entre sujeitos, por exemplo, são influenciados, pela forma como as instituições, prestam assistência às necessidades de saúde individuais e coletivas. A postura do trabalhador em saúde, ao se colocar no lugar do usuário e perceber suas necessidades, é compreendida como uma das formas de acolhimento na medida em que atende e responde a essas demandas. O acesso, fator determinante para o uso efetivo dos serviços de saúde, também resulta de fatores individuais, contextuais e relativos à qualidade do atendimento que influenciam o uso e a efetividade do cuidado.²³

É predominante em todas as falas das enfermeiras, a ideia de resistência desta população em ir ao serviço, por medo da repressão ou do preconceito. Estudo mostrou que a população em questão apresenta grande resistência em procurar os serviços de saúde, o que demonstra o contexto discriminatório existente, constituído em função de uma heterossexualidade presumida, da falta de qualificação e do preconceito dos profissionais de saúde para atender a tal população.¹³

Desse modo, observa-se que a população LGBTQIA+ não tem suas necessidades de saúde atendidas por estar subordinada à rejeição ou à intolerância irracional à homossexualidade e demais sexualidades desviantes da heterossexualidade e heteronorma. Os autores acrescentam que o grupo não expõe a sua orientação sexual nos serviços de saúde, pensando no impacto negativo que isso trará à qualidade da assistência.¹³ É necessário uma discussão a respeito da assistência de enfermeiras à comunidade LGBTQIA+, colaborando para traçar um diagnóstico da realidade local, identificando as necessidades e criando as oportunidades para repensar a prática profissional.¹¹

Alguns profissionais da saúde se influenciados pelo padrão heterossexual imposto pela nossa cultura, fazem uso de prática discriminatória, que pode constituir um obstáculo danoso ao acesso da população LGBTQIA+ aos serviços de saúde.²⁴ Uma das formas de se gerar uma qualidade nos serviços de saúde é escutar estes usuários, conhecendo a sua opinião em relação aos serviços e o acesso aos mesmos.²²

Durante as entrevistas notou-se falta de conhecimento sobre as políticas de saúde integral à população LGBTQIA+. Uma posterior consideração da complexidade da saúde de pessoas LGBTQIA+ determinou a criação de políticas públicas de saúde mais abrangentes a fim de atender as demandas, que protegessem as especificidades de lésbicas, de gays, de bissexuais, de travestis e de transexuais e mais relacionadas ao processo saúde-doença-cuidado.²⁵

Baseado no Programa Brasil sem Homofobia e de acordo com as diretrizes do SUS, no ano de 2010, foi criado o marco histórico de reconhecimento das

demandas na saúde dessa população em condições de vulnerabilidade: a Política Nacional de Saúde Integral a Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais.¹⁵ Suas diretrizes e seus objetivos estão, portanto, regressados às mudanças na determinação social da saúde, com finalidade de redução das desigualdades relacionadas à saúde da população LGBTQIA+. As diretrizes do SUS reafirmam o compromisso com a universalidade, integralidade e participação popular efetiva, para o reconhecimento das necessidades de ações, para a promoção, a prevenção, a recuperação e a reabilitação da saúde.²⁵

Dentre as limitações expressas pelas enfermeiras, foi mencionado a falta de conhecimento sobre as características da população LGBTQIA+, assim como a ausência de capacitações promovidas para os trabalhadores das unidades. Desse modo, reconhecendo a plena cidadania de todos os seres humanos, mais especificamente, da população LGBTQIA+, pode-se pensar na busca da convivência entre esses usuários e os profissionais da saúde. As transformações das redes de saúde para o melhor atendimento dessa população também dependem das transformações no modo de pensar e de agir dos profissionais de saúde. As questões culturais advindas do padrão heterossexual influenciam de modo subjetivo o atendimento dos profissionais da saúde a essa população.¹²

Assim, a dificuldade do acesso de travestis, transexuais e transgêneros aos serviços de saúde é um dilema que deve ser discutido pelos órgãos de saúde, demonstrando a fragilidade da relação usuário e profissional de saúde no que tange ao processo de comunicação, no qual questões importantes acerca da sexualidade acabam sendo omitidas, perdendo-se oportunidades para a promoção da saúde.^{13,26}

No âmbito da saúde, notam-se os avanços importantes no contexto brasileiro, como o Programa Brasil Sem Homofobia e a Política de Atenção Integral à Saúde da população LGBT.²⁷ No entanto, ainda existe uma dificuldade a ser enfrentada pela população LGBTQIA+ diante da violência e discriminação vivenciadas em decorrência da livre identidade sexual. Além disso, o acesso à saúde passa por dificuldades, como atendimento discriminatório pelos profissionais nas unidades, condutas inadequadas, constrangimentos, conotações preconceituosas ou mesmo ofensas verbais ditas por profissionais durante a assistência.¹³

Face a este contexto, “ainda existem vários obstáculos no tocante à efetivação das propostas do governo”.²⁸ Desse modo, para que a política de saúde seja integradora, é necessário o investimento em formação profissional focada no desenvolvimento de competências de comunicação dos profissionais, com o intuito de capacitá-los a usar uma linguagem não discriminatória no atendimento da população LGBTQIA+.²⁵

Conclusão

O discurso coletivo das enfermeiras que atuam na Atenção Primária à Saúde permitiu revelar a produção do cuidado de Enfermagem à saúde de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Pessoas Trans Queers Intersexos, Assexuais e outras identidades sexuais e de gênero.

O estudo limita-se por evidenciar a realidade assistencial de um município brasileiro, contudo diante da produção ainda incipiente sobre a temática este referencial oferece subsídios para que sejam pensadas estratégias para melhoria

da atenção a saúde da populaçãoLGBTQIA+, pois foram evidenciados aqui lacunas e fragilidades do atendimento.

Podemos aqui apontar possibilidades para (re)qualificar a produção do cuidado em enfermagem, considerando o trabalho árduo a ser feito desde a formação até a capacitação ininterrupta em serviço, envolvendo os diversos setores e esferas da atenção. A responsabilidade pelo livre acesso, produção de práticas inclusivas e resolutivas deve ser compartilhada entre os sujeitos sociais usuários do serviço e os profissionais de saúde.

Agradecimento

Os autores não receberam financiamento para esse estudo.

Referências

1. CECILIANO, Luzia Alves. Conhecimento de estudantes em enfermagem da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. 2016.
2. ALMEIDA, M. G.; BARBOSA, D. R M.; PEDROSA, J. I. S. Rizomas da homoafetividade: saúde, direitos humanos e movimentos sociais. Revista Eletrônica Gestão & Saúde, Brasília, v. 4, n. 2, p. 467-478, s.m. 2013.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Política nacional de saúdeintegral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
4. (ROGES, VASCONCELOS E ARAÚJO, 2015).
5. CAVALCANTI, Adilma Da Cunha et al.. **Acolhimento nos serviços de saúde à população lgbt: uma revisão integrativa**. Anais I CONBRACIS... Campina Grande: Realize Editora, 2016. Disponível em: <<https://editorarealize.com.br/artigo/visualizar/18850>>. Acesso em: 07/12/2020 16:59
6. PEREIRA, Edson Oliveira. Acesso e qualidade da atenção à saúde para a população LGBT: a visão dos médicos de uma capital do nordeste brasileiro. 2016.
7. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. Int J Qual Health Care 2007;19(6):349-57. doi: <http://intqhc.oxfordjournals.org/content/19/6/349.long>
8. QSR Internacional. N Vivo 11 for Windows - Getting Started Guide [Internet]. EUA; 2014. [cited 2017 Feb 16]. Available from: <http://download.qsrinternational.com/Document/NVivo10/NVivo10-Getting-Started-Guide-Portuguese.pdf>
9. Lefevre AMC, Crestana MF, Cornetta VK. A utilização da metodologia do discurso do sujeito coletivo na avaliação qualitativa dos cursos de especialização “Capacitação e Desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde - CADRHU”, São Paulo - 2002. Saúde soc [Internet]. 2003 [cited 2017 Sep 15]; 12(2):68-75. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v12n2/07.pdf>
10. SILVA LÚCIO, Firley Poliana; DE ARAÚJO, Ednaldo Cavalcante. A lésbica ea bissexual: invisibilidade no campo da saúde. Revista de enfermagem UFPE online-ISSN: 1981-8963, v. 11, n. 1, 2017.

11. SANTOS SILVA, Glauber Weder et al. O dito e o feito: o enfermeiro e o saber/fazer saúde para travestis. *Revista de enfermagem UFPE on line*-ISSN: 1981-8963, v. 8, n. 10, p. 3347-3357, 2014.
12. (CARDOSO, FERRO, 2012);
13. ALBUQUERQUE, Grayce Alencar et al. Homossexualidade e o direito à saúde: um desafio para as políticas públicas de saúde no Brasil. *Saúde debate*, v. 37, n. 98, p. 516-24, 2013.
14. SAMPAIO, Juliana Vieira; GERMANO, Idilva Maria Pires. Políticas públicas e crítica queer: algumas questões sobre identidade LGBT. *Revista Psicologia & Sociedade*, v. 26, n. 2, 2014.
15. HENRIQUE, Luana de Medeiros Silva. Representações sociais e integralidade na assistência a saúde da população de gays, lésbicas, bissexuais, travestis e transexuais. 2015. Trabalho de Conclusão de Curso. Universidade Federal do Rio Grande do Norte.
16. Bezerra Marcos Vinicius da Rocha, Moreno Camila Amaral, Prado Níli Maria de Brito Lima, Santos Adriano Maia dos. Política de saúde LGBT e sua invisibilidade nas publicações em saúde coletiva. *Saúde debate* [Internet]. 2019 [cited 2020 Dec 07]; 43(spe8): 305-323. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042019s822>.
17. BRASIL. Conselho Nacional de Combate à Discriminação. Brasil sem homofobia: programa de combate à violência e à discriminação contra GLBT e promoção da cidadania homossexual. Brasília, 2008.
18. Lionço Tatiana. Que direito à saúde para a população GLBT? Considerando direitos humanos, sexuais e reprodutivos em busca da integralidade e da equidade. *Saude soc.* [Internet]. 2008 June [cited 2020 Dec 07]; 17(2): 11-21. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902008000200003>.
19. MOSCHETA, Murilo et al. DA (IM)POSSIBILIDADE DO DIÁLOGO: CONVERSACÕES PÚBLICAS E OS DIREITOS LGTBs. *Psicol. Soc.*. 2016;28,3,516-525. [doi.org/10.1590/1807-03102016v28n3p516](http://dx.doi.org/10.1590/1807-03102016v28n3p516).
20. CECÍLIO, L.C.O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R., MATTOS, R.A. (Eds.). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJIMS-Abrasco, 2001. p.113-26.
21. RUFINO, Andréa Cronemberger; MADEIRO, Alberto Pereira; GIRAO, Manoel João Batista Castello. O Ensino da sexualidade nos cursos médicos: a percepção de estudantes do Piauí. *Rev. bras. educ. med.*, Rio de Janeiro, v. 37, n. 2, p. 178-185, June 2013. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022013000200004&lng=en&nrm=iso>. access on 07 Dec. 2020.
22. FRANKLIN, Thainara Araujo et al. Bioética da proteção na acessibilidade à saúde de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais. *Revista de enfermagem UFPE on line*-ISSN: 1981-8963, v. 10, n. 9, p. 3483-3488, 2016.
23. MASSIGNAM, Fernando Mendes; BASTOS, João Luiz Dornelles; NEDEL, Fúlvio Borges. Discriminação e saúde: um problema de acesso. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 24, n. 3, p. 541-544, 2015.
24. SOUSA PJ, Abrão FMS, Costa AMC, Ferreira LOCF. Humanização no acolhimento de gays, lésbicas, bissexuais, travestis e transexuais na atenção básica: reflexões bioéticas para enfermagem. In *Anais do Segundo Seminário Nacional de diretrizes para enfermagem na atenção básica em saúde*, 2º

SENABES. Recife, PE: Associação Brasileira de Enfermagem. [internet]. 2009. Available from: http://www.abeneventos.com.br/SENABS/cd_anais/pdf/id141r0.pdf

25. CARVALHO LS, PHILIPPI, MM. Percepção de lésbicas, gays e bissexuais em relação aos serviços de saúde-[doi: 10512/ucs. v11i2. 1837](https://doi.org/10.512/ucs.v11i2.1837). Universitas: Ciências da Saúde, v. 11, n. 2, p. 83-92, 2014.

26. FREIRE, EC al. A clínica em movimento na saúde de TTTS: caminho para materialização do SUS entre travestis, transsexuais e transgêneros. Saúde em Debate, 2013.

27. MATOSO, Leonardo Magela Lopes. O papel da enfermagem diante da homossexualidade masculina. Saúde (Santa Maria), p. 27-34, 2014.

28. MELLO, Luiz et al. Questões LGBT em debate: sobre desafios e conquistas. 2012.

Autor de Correspondência

Anderson Reis de Sousa
Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia. R. Basílio da Gama, 241.CEP: 40110-907. Canela. Salvador, Bahia, Brasil.
son.reis@hotmail.com

Saúde de homens em vivência de violência intrafamiliar e conjugal processados criminalmente

Health of men experiencing intrafamily and conjugal violence criminally prosecuted

Salud de los hombres que sufren violencia intrafamiliar y conyugal procesados penalmente

Anderson Reis de Sousa¹, Andrey Ferreira da Silva², Fernanda Matheus Estrela³, Helder Pereira Bonfim⁴, Tamires Jesus Sousa⁵,
Leilane Nascimento da Conceição⁶, Alvaro Pereira⁷

Como citar: Sousa AR, Silva AF, Estrela FM, Bonfim HP, Sousa TJ, Conceição LN, et al. Saúde de homens em vivência de violência intrafamiliar e conjugal processados criminalmente. REVISA. 2021; 10(2): 304-19. Doi: <https://doi.org/10.36239/revisa.v10.n2.p304a319>

REVISA

1. Universidade Federal da Bahia, Escola de Enfermagem. Salvador, Bahia, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0001-8534-1960>

2. Universidade Federal de Alagoas. Maceió, Alagoas, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0002-1038-7443>

3. Universidade Estadual de Feira de Santana. Feira de Santana, Bahia, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0001-7501-6187>

4. Universidade Federal da Bahia, Escola de Enfermagem. Salvador, Bahia, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0002-0413-0721>

5. Universidade Federal da Bahia, Escola de Enfermagem. Salvador, Bahia, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0003-4141-9097>

6. Hospital Geral Roberto Santos e Obras Sociais Irmã Dulce. Salvador, Bahia, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0003-2161-7563>

7. Universidade Federal da Bahia, Escola de Enfermagem. Salvador, Bahia, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0003-1615-5528>

Recebido: 22/01/2020
Aprovado: 19/03/2020

RESUMO

Objetivo: descrever o comprometimento da saúde de homens em vivência de violência intrafamiliar e conjugal. **Método:** Estudo descritivo, qualitativo, com participação de 44 homens que respondiam a processo criminal por violência conjugal nas 1ª e 2ª Vara de Justiça Pela Paz em Casa do município de Salvador, Bahia, Brasil, por meio da criação de Grupos Reflexivos em 5 edições entre os anos de 2014 e 2018. **Resultados:** A vivência de violência intrafamiliar e conjugal comprometeu a saúde dos homens com sintomatologia física e psíquica, manifestada por dores no peito, falta de ar e perda de peso; irritabilidade, vigilância, alteração no padrão de sono, tristeza, sentimento de impotência e comportamento suicida; impactos em perda da função laboral ou dificuldade de empregabilidade; rompimento de vínculos afetivos familiares e da rede de apoio; constrangimento e isolamento social. **Conclusão:** Vivenciar a violência intrafamiliar e perpetrar a violência conjugal provoca nos homens processados criminalmente a autodestruição com repercussões de expressividade danosa à sua identidade, sua saúde e a vida.

Descritores: Masculinidade; Saúde do Homem; Conflito Familiar; Violência Baseada em Gênero.

ABSTRACT

Objective: to describe the health compromise of men experiencing intrafamily and conjugal violence. **Method:** Descriptive, qualitative study, with the participation of 44 men who respond to criminal proceedings for conjugal violence in the 1st and 2nd Court of Justice for Peace at Home in the municipality of Salvador, Bahia, Brazil, through the creation of Reflective Groups in 5 editions between 2014 and 2018. **Results:** The experience of intrafamily violence and marital commitment to the health of men with physical and psychological symptoms, manifested by chest pains, shortness of breath and weight loss; irritability, vigilance, changes in sleep patterns, sadness, feelings of helplessness and suicidal behavior; impacts on loss of work function or difficulty in employability; disruption of family affective bonds and the support network; constraint and social isolation. **Conclusion:** Experiencing intrafamily violence and perpetrating conjugal violence causes self-destruction in men who are criminally prosecuted, with repercussions of harmful expression to their identity, health and life.

Descriptors: Masculinity; Men's Health; Family conflict; Gender Based Violence.

RESUMEN

Objetivo: describir el compromiso de salud de los hombres que sufren violencia intrafamiliar y conyugal. **Método:** Estudio descriptivo, cualitativo, con la participación de 44 hombres que responden a procesos penales por violencia conyugal en el 1er y 2do Juzgado de Justicia para la Paz en el Hogar del municipio de Salvador, Bahía, Brasil, mediante la creación de Grupos Reflexivos en 5 ediciones entre 2014 y 2018. **Resultados:** La experiencia de violencia intrafamiliar y compromiso conyugal con la salud de hombres con síntomas físicos y psicológicos, manifestados por dolores de pecho, disnea y pérdida de peso; irritabilidad, vigilancia, cambios en los patrones de sueño, tristeza, sentimientos de impotencia y comportamiento suicida; impactos en la pérdida de la función laboral o dificultad en la empleabilidad; ruptura de los lazos afectivos familiares y la red de apoyo; restricción y aislamiento social. **Conclusión:** Experimentar violencia intrafamiliar y perpetrar violencia conyugal provoca la autodestrucción en los hombres procesados penalmente, con repercusiones de expresión nociva para su identidad, salud y vida.

Descritores: Masculinidad; Salud de los hombres; Conflicto familiar; La violencia de género.

ORIGINAL

Introdução

As violências conjugais e intrafamiliares se configuram como um fenômeno complexo e multicausal, que se pauta na assimetria existente entre os gêneros, demarcada por características interseccionais, trans e intergeracionais. A partir da vivência da violência, repercussões significativas são geradas às mulheres, famílias, comunidades, e também para os homens, afetando-lhes em distintas dimensões como a da saúde.

Compreende-se violência intrafamiliar qualquer meio de abuso direcionado à criança ou adolescente por pessoas que sejam consideradas do núcleo familiar, mesmo que estas pessoas não possuam relações de consanguinidade. Tem sido considerado um problema social grave, podendo atingir toda a população, demandando estudos em diferentes áreas. A recorrência deste tipo de violência faz com que a mesma esteja no cotidiano das famílias, passando de geração para geração sem sofrer até mesmo nenhuma modificação de tais práticas. Essa ocorrência faz com que a violência intrafamiliar seja importante para o setor saúde, considerado os impactos gerados à condição da vida humana.¹

Tal fenômeno tem se perpetuado, repercutindo em geração de violência na fase adulta e está assimilada e naturalizada por aqueles que a vivenciam.¹ Este processo ocorre dada a transmissão geracional da violência cometida contra as mulheres que também atinge os filhos, seja como expectadores da violência materna, seja como vítima efetivas de tal ato. Essas vivências têm influenciado nas escolhas conjugais, fazendo com que seja revivido as situações presenciadas em suas famílias de origem, mesmo que haja o desejo pela construção de relações baseadas em premissas divergentes das já experienciadas.²

No Brasil a perpetuação da violência e sua ocorrência no âmbito conjugal, configura-se em problema de saúde pública. Estima-se que cinco mulheres são espancadas a cada 2 minutos; o parceiro (marido, namorado ou ex) é o responsável por mais de 80% dos casos reportados, segundo a pesquisa *Mulheres Brasileiras nos Espaços Público e Privado*.³ Em 2017 ingressaram nos tribunais de justiça estaduais de todo o país 452.988 registros de casos novos de violência doméstica contra a mulher, aumento de 12% em relação a 2016, com 402.695 casos novos. No mesmo ano foram concedidas 236.641 medidas protetivas de urgência, aumento de 21% em relação a 2016, quando foram expedidas 194.812 medidas.⁴ Diante deste contexto, a promulgação da Lei do Feminicídio (Lei n. 13.104 de 2015) clarificou a compreensão da violência fatal contra as mulheres por razões de gênero.⁵

Nesse cenário, chama atenção para o lugar ocupado pelo masculino, dado que as identidades dos homens reforçam a rejeição do feminino e da condição de fragilidade da mulher. Assim, a construção identitária masculina se molda em padrões de violência, em que poder e dominação encontram-se entrelaçados com a maneira tradicional com as quais as masculinidades são estruturadas.⁶

A masculinidade hegemônica tem colocado os homens em risco, haja vista que o reforça a autoafirmação de poder nas relações, vulnerabilizando à situações como por exemplo, o suicídio.⁷ O uso abusivo de álcool e drogas ilícitas e acesso a arma de fogo têm sido identificados como elementos da socialização masculina, com elevado potencial no envolvimento de homens em episódios de violência, como a agressão das suas consortes.⁸

Como consequência da violência conjugal, os homens têm sido submetidos aos dispositivos policiais e jurídicos, a partir da vivência da prisão e do processo jurídico-criminal por esta causa. Destaca-se nesse sentido as ações estabelecidas com a promulgação da Lei 11.340 de 2006, conhecida como Lei Maria da Penha. São criadas a partir dessa Lei, medidas legais mais severas para os autores da violência, sendo também incluída a necessidade da criação de programas de atendimento direcionado a este público.⁵

Com a criação desse dispositivo legal, uma importante resposta às impunidades cometidas e perpetradas pelos homens que cometem agressões foi efetivada. No entanto, as medidas acentuaram a punição para os homens, mas não avançou em pensar que programas de recuperação e reeducação são estes, nem como os mesmos devem ser implementados e qual a sua relação com os serviços de saúde. Nesse sentido emerge o questionamento qual o lugar do atendimento prestado a esse público no SUS? Como esses homens acessam o sistema de saúde? Como são acolhidos e quais as consonâncias com a integralidade da atenção?⁹

Usualmente o homem que se encontra nesse contexto são vistos a partir da condição de agressor, o que faz fortalecer o estigma e ofuscar a necessidade de dispensar atenção aos mesmos. Estudo de revisão que analisou publicações nacionais sobre o assunto revelou que a problemática que envolve homens e violência conjugal, impacta financeiramente o país, a partir da elevação dos custos gerados pelos gastos com o setor jurídico-penitenciário, no entanto não se tem mensurado os custos gerados no setor saúde, ao contrário do que ocorre com as mulheres, fazendo com que se observe o quão subdimensionado e invisibilizado é este problema.¹⁰

Ao contrário do que tem sido evidenciado, a vivência de violência intrafamiliar e a violência conjugal perpetrada pelos homens, tem gerado repercussões expressivas na condição de saúde masculina, de tal modo que são gerados adoecimentos de ordem física e mental, fruto das somatizações a partir do estresse vivenciado. Estes comprometimentos expandem, afetando a vida pública, a família, as relações afetivas e conjugais atuais e futuras, financeiras e laborais, que são potencializados com o surgimento da prisão e do processo.¹¹ Tal cenário deve implicar na ampliação de intervenções que contemplem os homens autores de violência contra a mulher, fazendo com que emergam novos sentidos e expressões de ser homem, que modifiquem a violência nas relações afetivas, como por exemplo, a criação de grupos reflexivos e tecnologias de sociais de prevenção.^{9,12-13}

Diante desse contexto, com fins de promover ações direcionadas à prevenção de condicionantes de vulnerabilidade e elementos que precipitam e intensificam a violência intrafamiliar e conjugal e a minimização da ocorrência de prejuízos à saúde a partir da vivência do fenômeno, buscou-se investigar: Que comprometimentos são gerados à saúde de homens que vivenciaram violência intrafamiliar e foram processados por violência conjugal?

De modo a responder o questionamento, este artigo tem como objetivo: Descrever o comprometimento da saúde de homens que vivenciaram violência intrafamiliar e foram processados por violência conjugal?

Método

Trata-se de um estudo descritivo, qualitativo, vinculado a um projeto de pesquisa matriz, intitulado: *Reeducação de homens e mulheres envolvidos em processo criminal: estratégia de enfrentamento da violência conjugal*. O projeto faz parte do Grupo de Estudos Violência e Qualidade de Vida (VID@), da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (EEUFBA), financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB).

O mesmo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da EEUFBA, sob parecer nº 877.905/2014, em consonância com as recomendações éticas e legais ressaltadas através da Resolução nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre pesquisas envolvendo seres humano. Foram respeitados os aspectos éticos da pesquisa, garantindo o anonimato, confidencialidade, livre decisão em participar do estudo, sendo os homens convidados a participarem da pesquisa, mediante a apresentação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que permitiu após a anuência, o início do estudo.

A pesquisa foi realizada sob a parceria com a 1ª e 2ª Vara de Justiça Pela Paz em Casa contra a Mulher do município de Salvador, Bahia, Brasil. As Varas foram criadas por iniciativa preconizada pela Lei nº 11.340, promulgada no ano de 2006, denominada Lei Maria da Penha, que em seu Art. 35 dispõe sobre a necessidade do desenvolvimento de ações direcionadas aos homens autores de violência.

Como iniciativa de implementação dessas ações, e para fins de investigação científica, realizou-se Grupos Reflexivos (GRs) de educação em gênero, na modalidade grupo operativo, do tipo centrado na tarefa, proposto por *Pichon-Rivière* e condução ancorada com base no referencial teórico proposto por Paulo Freire. Os GRs foram operacionalizados em 5 edições de 8 encontros cada um, com duração média de duas horas, ocorridos entre os anos de 2014 a 2018, em parceria com uma escola pública estadual vinculada ao projeto.

Contemplou-se nos encontros as seguintes temáticas: Apresentação do GR; influência da família na formação do Eu; construção social e desigualdades de gênero; masculinidades e a formação do novo homem; saúde de homens e incentivo ao autocuidado; percepção da conduta violenta; resolução pacífica de conflitos e avaliação do GR.

Participaram do estudo 44 homens envolvidos em processo jurídico-criminal por violência conjugal nas Varas mencionadas, que atenderam aos critérios de inclusão: ter histórico de vivência de violência intrafamiliar, responder à processo jurídico-criminal por violência conjugal e prisão preventiva por esta causa, apresentar condição psicológica e emocional satisfatória. A avaliação psicológica foi realizada sob o apoio de uma psicóloga vinculada ao grupo de estudo.

Os participantes tinham idade de 27 a 65 anos, de raça/cor autodeclarada preta, ensino médio incompleto de escolaridade, estado civil em união estável, tempo médio de relacionamento conjugal variando de 03 a 30 anos, 2 a 3 filhos em média e todos moravam sozinhos no período atual da pesquisa, tendo vivenciado prisão preventiva por um período de até 30 dias em média. Estes, trabalhavam com precários vínculos trabalhistas, e ocupações tais quais: vigilante, garçom, motorista, operador de caixa, auxiliar de produção, auxiliar de serviços gerais, mecânico, carregador e eletricitista, alcançando uma renda de 1 até 2 salários mínimos, e 3 eram policiais concursados, com renda superior aos

demais. Durante o processo de operacionalização da pesquisa³ homens reincidiram à prática da violência, sendo novamente autuados nos dispositivos jurídicos e policiais.

Para coleta de dados, realizou-se entrevistas individuais em profundidade e entrevistas coletivas. As entrevistas individuais ocorreram sob o agendamento e conveniência dos participantes, em ambiente reservado nas instalações da escola pública apoiadora. As entrevistas coletivas se deram por meio dos GRs. Ambas foram guiadas por um instrumento previamente elaborado, submetido a avaliação no grupo de pesquisa e junto aos participantes por meio de um teste piloto.

As entrevistas tiveram duração média de uma hora (entrevista individual) e duas horas (entrevistas em grupo), gravadas, posteriormente transcritas na íntegra e submetidas a tratamento. Estas foram realizadas por pesquisadores (as) treinados (as), sob a supervisão de docentes da área de investigação, em atendimento ao *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ)*.

A organização dos dados foi realizada sob o apoio do Software NVIVO® 11, que permitiu categorizar e codificar temas principais e menores. Para análise, utilizou-se o Discurso do Sujeito Coletivo, ancorados nos referenciais teóricos aportados na Teoria da Aprendizagem Social de Bandura,¹⁴ como forma de compreender o fenômeno da transgeracionalidade da violência, o Modelo Ecológico proposto por Heise para explicar a violência conjugal e a Psicossomática para entendimento das repercussões geradas à saúde.

Resultados

Síntese 01: comprometimento da saúde face a violência intrafamiliar sofrida

A vivência de violência intrafamiliar sofrida na infância trouxe comprometimentos à saúde dos homens, com impactos de ordem psicológica, expressa pela autopercepção negativa da identidade, demarcada pelos maus tratos físicos, emocionais e visualização de violência materna, geradoras de sofrimento que repercutiu em sua autorealização:

[...] eu realmente fui um sujeito muito maltratado, tanto que tenho marcas no meu corpo devida as agressões físicas que sofri. Meu pai bebia muito [...] agredia minha mãe e a mim. Me jogava dentro do guarda roupa, me batia com pedaços de madeira e até com ferro [...] isso me deixava muito nervoso. Chorava por minha mãe sofrer agressões. Hoje eu choro muito, pelos sonhos que eu não consegui conquistar. (DSC de homens em vivência de violência intrafamiliar e conjugal).

Síntese 02: comprometimento da saúde após a ocorrência da violência cometida contra a conjuge

Na vida adulta, no âmbito da conjugalidade, durante e após terem vivenciado o conflito conjugal, os homens revelaram a presença de comprometimentos da sua saúde. Emergiram sintomatologia física, manifestadas por dores no peito, falta de ar, elevação da pressão arterial e alterações psicoemocionais expressas por meio do sentimento de raiva, culpa, choro e alterações na qualidade do sono:

[...] no momento do desentendimento com minha companheira senti dores no peito e falta de ar [...] Minha pressão arterial subiu. Fiquei nervoso, chateado. Depois da briga eu chorei muito, senti raiva porque errei. Fiquei com um aperto no coração, uma dor na consciência, me senti abatido por que realmente foi uma situação que não era para ter acontecido nunca. Não consegui dormir direito pensando na situação. (DSC de homens em vivência de violência intrafamiliar e conjugal).

Síntese 03: comprometimento da saúde decorrentes da prisão preventiva

Como consequência da violência conjugal cometida, a prisão emergiu enquanto fator gerador de comprometimentos à saúde, com significativa repercussão no âmbito familiar, através da separação dos filhos e da família. Também repercutiram no âmbito social (gerada pelo isolamento e o estigma), psicológicas, manifestadas por hipervigilância, pensamento suicida e necessidade de utilização de medicamentos para tratamento do adoecimento mental e laborais, identificadas através das alterações geradas na qualidade do desempenho das funções no ambiente de trabalho:

[...] quando fui detido me levaram para a delegacia. Lá é um sofrimento, não é lugar para ninguém ir. Ao prestar depoimento, quando tive a oportunidade de ser ouvido, o delegado foi muito agressivo, não me dando muita possibilidade de falar e me explicar. Foi uma humilhação muito grande, pois eles só me tratavam como um agressor. Ficar preso, longe de casa, da família, das pessoas que você gosta é muito ruim. Por conta da prisão, tive problemas com meus familiares e afastamento de alguns deles, fiquei assustado, ansioso, com medo, pensei em suicídio e isso tudo me gerou problemas, tanto que hoje eu uso medicamentos controlados. As vezes quando estou trabalhando, me lembro de tudo que passei na delegacia e começo a chorar, fico muito abalado e não consigo continuar trabalhando e isso tem interferido no meu serviço. (DSC de homens em vivência de violência intrafamiliar e conjugal).

Síntese 04: comprometimento da saúde decorrente do processo jurídico-criminal

Decorrente do delito ao qual foram acusados, os homens desvelaram comprometimento da saúde em consequência do processo jurídico-criminal. Tal comprometimento, prejudicaram-vos na manutenção do bem-estar físico, manifestados pela perda de peso, dificuldade em praticar atividade física, na saúde mental, decorrentes do medo, tristeza, sentimento de impotência e depressão, e social, demarcado pelo estigma e constrangimento:

[...] passar por todas essas questões constrangedoras do processo, envolver meus amigos e familiares é muito difícil. Tenho medo de poder gerar problemas com a medida protetiva, pelo fato de ainda ter certa proximidade com ela (refere-se à proximidade com a cônjuge, com a qual responde ao processo). As pessoas passaram a me olhar diferente, e por conta disso tenho medo de alguém ligar para a polícia e dizer que estou procurando-a ou que estou fazendo algum tipo de ameaça, porque qualquer pessoa pode ligar e fazer uma denúncia, colocando-me a ter problemas com a justiça e isso afeta a minha mente, traz um desconforto, me deixa depressivo. Por conta do processo perdi peso, nunca mais consegui praticar atividade física, não consigo me concentrar nos treinos. Não me sinto

mais o cara que era antes, com aquele ânimo. Me sinto triste, humilhado, um réu, inútil. (DSC de homens em vivência de violência intrafamiliar e conjugal).

Discussão

A partir do discurso masculino evidenciou-se que os homens ao vivenciarem infância com desequilíbrio familiar, sobretudo com a presença de violência física grave e psicológica nesse período, e/ou que o pai violentava a mãe, apresentaram comportamento delinquente futuro, neste caso contra suas esposas, através da prática da violência conjugal.

A perturbação causada pela violência contra a mulher nas relações familiares, decorre de um processo de transição geracional acerca do comportamento violento, com significativas dimensões sociais e para a saúde pública. Para melhor compreensão do fenômeno é necessário entender as dinâmicas familiares e as relações sociais estabelecidas para conhecer os significados atribuídos aos papéis sociais a serem desempenhados por homens e mulheres e como estes estão sendo transmitidos na conformação dos modelos familiares através das gerações.¹⁵

Esta questão pode ser melhor entendida tomando como base a teoria da aprendizagem social, ou teoria sociocognitiva, desenvolvida por Albert Bandura, que propõe a sustentação e compreensão da agressividade como sendo um padrão de resposta que é aprendido por meio do reforço e da modelagem, que consiste na elaboração de uma representação mental do objeto de aprendizagem. A aprendizagem nesse sentido centra-se na observação dos comportamentos de outrem, das recompensas recebidas e de experiências vicariantes.¹⁴ Este modelo de aprendizagem baseada na observação, foi desvelado no discurso masculino.

Crianças que tenham sofrido experiências de contextos de violência no período infantil, poderão vir a ter experiências semelhantes na fase adulta. Abandono materno, uso abusivo de álcool e outras drogas pelos pais, prática e/ou repetição de comportamentos violentos, encontram-se enquanto fatores de risco geradores/influenciadores da perpetração da violência. Em contrapartida, o estabelecimento de modelos amorosos e saudáveis, rede de apoio fortalecida e estruturada, tratamento psicoterápico, tem contribuído para a interrupção da transgeracionalidade da violência.¹

Na ótica da aprendizagem social, esta reprodução pode ocorrer a partir do desenvolvimento de processos cognitivos que mediam a modelagem, fazendo com que emergja um processo complexo, e não uma simples imitação ou reprodução exata do que foi observado. Nesse âmbito, se fazem presente os processos de atenção, que atuam na seleção dos modelos e comportamentos frente ao indivíduo receptor, destacando os modelos dos contextos habituais da vida, como o familiar, escola, laboral, ou outros considerados como atraentes.¹⁴

Tal aprendizagem é seguida do processo de representação e memória, que apresenta-se enquanto essencial para possibilitar a transição do que foi observação para a construção de uma resposta comportamental de ação, codificando e integrando a informação recolhida, assim também como o processo de reprodução ou resposta comportamental, que compreende o comportamento apreendido colocado em prática, já apreendido, associado, auto observado e auto avaliado e por fim o processo de motivação, que consiste no processo facilitador

ou constrangedor da ação, fazendo com que o mesmo reproduza ou questione o modelo apreendido.¹⁴

No que concerne a prática da violência, a teoria da aprendizagem social, permite esclarecer que os atos violentos não são congênitos, não podendo ser espontâneos, mas sim precisam ser apreendidos e treinados possibilitando a sua execução. Dessa maneira, este aprendizado passa a ser construído lentamente e necessitam de modelos que os exercitem, como por exemplo as famílias, pares, como as consortes, que demonstrem tipos de ações que oferecem recompensas.¹⁴ No âmbito estudado, as recompensas poderiam estar associadas ao fato da garantia de privilégios atribuído aos homens em a partir da dominação sobre as mulheres.

A construção da identidade masculina dos homens estudados, foi demarcada por sentimento de reprovação, hostilidade e carência de afeto que culminaram com repercussões sentimentais perdurando até a vida adulta. O sofrimento decorreu da experiência mútua de ser violentado e ao mesmo tempo ter convivido num ambiente em que presenciavam sua mãe sofrer violência. Tal fato vivido, pode ter sido internalizado pelos homens enquanto uma situação compreendida como um modelo comportamental normal a ser seguido e replicado.

A falta de afetividade e a presença da violação de direitos, demarcada por experiências de violência corporal e psicológica no âmbito intrafamiliar da formação identitária dos meninos, possibilitam a condução de sofrimento psíquico. Tais condutas presenciadas quando criança, podem ser reproduzidas na vida adulta, conforme aponta estudo realizado com homens autores de violência conjugal na cidade de Salvador, Bahia, Brasil.¹⁶ A ausência de uma figura paterna no contexto familiar, associada a situações de separações, divórcios dos pais, tem desvelado contornos da perpetração da violência conjugal, e se melhor compreendida poderá se constituir numa importante ferramenta para o desenvolvimento de intervenções com fins na proteção de novos relacionamentos familiares.¹

Outras adversidades na infância que permeiam o caráter transgeracional da violência, como o abuso infantil, negligência, e *bullying*, tem sido identificado como potencializadores do fenômeno. As repercussões advindas da violência encontram-se permeada por fatores emocionais, físicos e financeiros, presentes na infância. Tal repercussão geracional, tem sido estudada com maior amplitude na população feminina e em contextos ocidentais, como destaca estudos realizado no Siri Lanka e na África do Sul,¹ carecendo de investigações direcionada à condição masculina.

Nesse contexto, a família aparece enquanto um campo propenso para as transmissões de violência, ao passo que nela se configuram os primeiros modelos ou sistemas de crenças e valores que um indivíduo pode adquirir, podendo modificar ou não ao longo da sua vida. Desse modo, as transições psíquicas, ou transgeracionalidade, pode ser considerada uma forma de alienação, em que um indivíduo reproduz inesperadamente tal ação ou conteúdo, sem o mesmo ter se dado conta de tal ato, constituindo até mesmo uma forma de automatização das atitudes e comportamentos, reproduzindo sem conseguir se desvincular do ciclo já imerso.¹⁷

Os modelos de relacionamentos também são permeados pela construção transgeracional, tanto para similaridade, quanto para complementariedade, a ser

seguido pelos filhos ou a ser rejeitado por eles, mas de qualquer modo, essas motivações exercerão grande influência na escolha conjugal.¹⁸ Desse modo, acompanhar os atos e comportamento dos meninos durante a infância, no ambiente escolar por exemplo, se apresenta enquanto elemento crucial para a identificação da reprodução da violência. Sob este aspecto, tem sido identificado que mulheres vítimas de negligência, abuso físico e sexual, e que tenham presenciado violência intrafamiliar entre os pais, mostraram-se mais vulneráveis à vitimização em seus relacionamentos conjugais quando adultas. Por sua vez, os homens quando vítimas de violência física ou sexual no contexto familiar, mostraram-se mais predispostos a perpetrar a violência em seus relacionamentos amorosos.¹⁹

Ao conviverem visualizando o pai bater na mãe, os homens demonstraram ter sofrido influência negativa à sua condição de saúde biopsicossocial, mediante a manifestação do impacto psicológico, que lhes causou estresse emocional quando criança, com reflexos na vida adulta, desvelada por sentimento de declínio da autopercepção e autorealização. A violência intrafamiliar impacta no desenvolvimento psíquico infantil. Como consequência da violência psicológica presente, prejuízos significativos emergem, afetando os pensamentos intrapessoais, fazendo gerar medo, baixa-estima, sintomas de ansiedade, depressão e pensamentos suicidas. Também degradam a saúde emocional, com o surgimento de instabilidades emocionais, descontrole dos impulsos, transtorno como o alimentar e influência para o consumo abusivo de substâncias.²⁰

Além disso, são afetadas as habilidades sociais, fazendo emergir comportamento antissocial, desapego, baixa competência social, simpatia e empatia por outras pessoas e pela criminalidade, nas relações afetivas, no modo como são constituídos os relacionamentos amorosos. Afetam também o aprendizado, gerando baixa realização, prejuízo moral e danos à saúde física, com o aparecimento de queixas somáticas, falha no desenvolvimento e alta mortalidade, e pôr fim a transgeracionalidade da violência, que faz com que a problemática se perpetue.²⁰

Homens que vivenciam este contexto, carece de suporte social, possibilitando ampliar a compreensão do funcionamento psicológico, e, por conseguinte, o planejamento das intervenções a serem promovidas com fins na resolução de problemas e elevação da autoestima.²⁰ Como reflexo de um processo transgeracional, a prática da violência apresentou-se enquanto ação cotidiana nos relacionamentos estabelecidos pelos homens, vivenciando nesse contexto experiências de conflitos conjugais e a condução violenta contra suas companheiras.

A violência na interação reproduzida entre diferentes níveis, comportando os âmbitos individuais, familiares, comunitários e socioculturais da violência contra a mulher é compreendida a partir do modelo ecológico, que sinaliza para a existência de níveis de causalidade, encontrados não apenas em um único determinante, mas na interação de fatores operantes variados, favorecendo ou protegendo o indivíduo do fenômeno, o que permite que sejam observados os caminhos a serem traçados para a prevenção e o enfrentamento.²¹

Decorrente da característica multicausal e multifacetada da violência, o modelo ecológico permite que seja analisada a interação dos distintos elementos que influenciam no comportamento e precipitam e/ou intensificam a probabilidade de as pessoas tornarem-se vítimas e/ou perpetradoras de atos

violentos. Destacam-se nesse sentido, os fatores biológicos, história pessoal, a exemplo das características sociodemográficas, tal quais os antecedentes de comportamentos agressivos, transtornos psíquicos, de personalidade, ligação com uso abusivo de álcool e outras drogas e auto-desvalorização.²¹

Incorporam-se ainda as relações de fórum íntimo, como as mantidas pelos casais e demais membros da família, e amigos, nos contextos comunitários, permeados pela influência das relações sociais do cotidiano, presente nas escolas, ambientes de trabalho e na comunidade circunvizinha. A problemática também pode decorrer da propensão à riscos de atos violentos nesses locais, em função da exposição à vulnerabilidade (desemprego, tráfico de drogas).²¹

Por fim, mas não menos importante a relação existente no nível estrutural da sociedade, em que pesam a construção social de criação de um clima que estimula ou coíbe a prática da violência, arraigadas nas normas socioculturais, podem conferir um elevado grau de determinação. Destacam nesse nível, a posse de arma, conflitos policiais, condições de parentalidade, suicídio, dominação masculina sobre as mulheres e os filhos, racismo, déficit de políticas públicas e manutenção das desigualdades econômicas e sociais.²¹ Ao saber dessas dimensões, ressalta-se a necessidade de que o fenômeno da violência, sobretudo o que afeta às mulheres, seja analisado e enfrentado de maneira intersetorial e interdisciplinar.

Sob este aspecto, cabe frisar que os homens investigados compõem um retrato da camada social desfavorecida dos dispositivos cidadãos, com recorte expressivo de vulnerabilidade, sendo demarcada pela baixa escolaridade, déficits no acesso a empregabilidade, renda, fragilidades no estabelecimento das relações afetivas, familiares e conjugais, e atravessadas pelo quesito raça/cor.

Não podendo ser olhada esta problemática apenas por uma única identidade eurocêntrica, a interseccionalidade, apresenta-se enquanto conceito que situa e subsidia o reconhecimento das práticas discriminatórias e a manutenção das desigualdades, constituindo assim um marco teórico e crítico.²² que abre pauta para um debate ampliado e tem contribuído significativamente para a resignificação das ações e condutas em saúde. A perspectiva interseccional, tem permitido se fazer observar as experiências a partir das diferentes percepções por meio do entrelace dos marcadores de gênero, classe e dos processos de racialização, como condicionantes no contexto social e político, fazendo com que haja ampliação sobre as opressões de gênero, tal qual é a violência conjugal.²³

A partir do discurso, os homens revelaram ter sofrido repercussões à sua saúde durante e após a ocorrência da violência cometida contra suas consortes. O aparecimento das sensações como dores no peito, falta de ar e elevação da pressão arterial demarcaram as repercussões de ordem física. Manifestações como alterações de humor, ainda que breves, alteração do ciclo sono vigília, sentimento de culpa e remorso caracterizando sintomatologia somática, configuraram o comprometimento de ordem psicoemocional.

A somatização emerge enquanto todo tipo de passagem ao ato, como por exemplo o consumo de substâncias, aumento da vulnerabilidade aos acidentes corporais, falhas nos mecanismos imunológicos.²⁴ Ao terem sido submetidos a uma situação de estresse grave, os homens podem ter desenvolvido transtornos mentais, como os transtornos de ajustamento. Estes transtornos, são

considerados como consequência direta de grave estressor agudo ou trauma continuado.

As manifestações de agravo à saúde mental, incluíram alterações de humor deprimido, ansioso e/ou irritável, bem como preocupações persistentes relacionadas ao estressor, alterações de comportamento como o isolamento social e somatizações, as quais são sintomas físicos sem base orgânica evidente, são encontrados.

Os homens analisados neste estudo, verbalizaram de forma explícita e espontânea suas queixas psicoemocionais e psicossomáticas, nos discursos revelados. Estas manifestações desagradáveis estão temporariamente associadas aos sintomas psicológicos secundários às situações estressoras vivenciadas, em tese, aproximadamente seis meses após a resolução dos problemas relacionados. No entanto, alguns indivíduos podem evoluir para um quadro depressivo verdadeiro, tal como foi evidenciado a partir do discurso sobre a necessidade de intervenção medicamentosa e tratamento psiquiátrico.

Em decorrência da violência conjugal, os homens vivenciaram a prisão, e foi possível evidenciar a apresentação de situações que geraram comprometimentos à sua saúde. A condição de saúde masculina nesse contexto esteve afetada por questões influenciadas pela desagregação familiar experimentada, causada pela privação de liberdade, que provocou o distanciamento do ambiente doméstico, separação dos filhos e o desenvolvimento de conflitos entre os membros da família.

A prisão tem sido geradora de adoecimento dos homens, repercutindo no surgimento de sintomatologia física e mental variadas. Este fato foi evidenciado em estudo realizado nos Estados Unidos que identificou que mais da metade de todos os detentos de um conjunto prisional americano encontravam-se com algum agravo de saúde mental em situação de somatização de ordem física.²⁵

Esta mesma situação se converge com as evidências apresentadas nesse estudo. A prisão também tem contribuído para gerar alterações pessoais de caráter subjetivo nos homens, a partir do desvelar de sentimento de menos valia, de baixa autoestima e autorealização, interferindo na capacidade de realizar atividades do cotidiano como a prática de atividade física e a concentração. Tal fato pode inclusive encontrar-se intimamente ligado à construção das masculinidades, em que a sensação de estar perdendo a força causa-lhe manifestações de declínio do bem-estar.¹¹

Além dos problemas de caráter familiar, as questões de aspecto social também determinaram influência sobre a qualidade da saúde dos homens, sobretudo pelo isolamento causado pela situação prisional. Este isolamento gerou o afastamento do espaço de convívio social cotidiano, dos amigos e demais estruturas presentes na rede de apoio. Além disso, sua condição e status social foram afetadas pelo estigma em ser considerado agressor, situação vivenciada no âmbito do sistema penitenciário, expresso pela forma de como foram tratados na delegacia.

Além desses comprometimentos da saúde de homens em vivência da prisão por violência conjugal, foram evidenciadas em estudo com público semelhante, problemáticas como alterações gástricas, perda do apetite, redução da força muscular, cefaleia e taquicardia, sendo desencadeador de adoecimento psíquico, fruto da somatização, com impactos na família, na condição financeira e laboral masculina.¹¹ Tal fenômeno, deve suscitar o desenvolvimento de ações para além

da penalização, como forma de reduzir os ricos potenciais de adoecimento masculino em decorrência da privação de liberdade.

No âmbito da saúde mental em consequência à prisão, foi possível identificar no discurso, a presença de registros de sintomas depressivos, pensamentos suicidas e início de um tratamento psiquiátrico, decorrente de um provável quadro depressivo ansioso verdadeiro. Tal situação faz saber que os homens vivenciam situações de estresse transitório, acabando por desenvolver um transtorno mental propriamente dito. Tal agravamento fez com que os homens tivessem suas atividades laborais prejudicadas, vulnerabilizando-os à sua permanência no emprego em função deste comprometimento.

Estudo que investigou a experiência de prisão preventiva para homens, identificou que em primeira instância, a prisão provocou no público masculino a sensação de estarem sendo injustiçados, sobretudo com o reforço da naturalização da violência presente nas relações conjugais. Após se fazer reconhecer a conduta violenta, os homens desvelam o desejo em terem relações livres de violência, o que faz com que o apoio social seja conferido aos mesmos, em diferentes instâncias, a fim de conferir amparo no desenvolvimento da autorresponsabilização que seja capaz de permitir a ressignificação dos atos e a reconstrução dos relacionamentos conjugais por meio de uma manutenção harmônica.⁸ Ancorados nessa evidência, é que se reforça a importância de ampliar a implementação de ações direcionadas a este público.

Ao terem que responder a um processo criminal pela violência conjugal, somado à experiência da prisão, os homens revelaram no discurso que passaram a ter diminuição insatisfatória do peso, dificuldade na prática de atividade física e problemas com a concentração. Além do comprometimento da saúde física, os homens também referiram novamente a permanência de sintomas depressivos, ansiosos, ideias de menos valia, sensação de incapacidade, desesperança e pensamentos de morte, o que conformam adoecimento verdadeiro da condição psíquica.

Entre os principais dilemas experimentados pelos homens encontra-se a medida protetiva expedida judicialmente, causando-lhe o afastamento da conjuge, seus filhos e do ambiente doméstico. Os homens referiram ter medo de serem autuados pela polícia mediante a algum descumprimento, atribuindo essa possibilidade à ocorrência de denúncia realizada por terceiros. O receio em serem denunciados tem sido causador de danos ao bem-estar, configurando-se enquanto agente perturbador do estado mental, identificado pela presença de desconfortos, hipervigilância e baixa autoestima.

Tem sido observada a necessidade da realização de programas para tratamento da problemática que envolvem os homens autores de violência conjugal, a maior parte dessas iniciativas encontram-se vinculadas ao sistema judiciário e os desafios têm incluído a perpetração da violência durante a execução das ações e a recidiva criminal, o que geram ausência de evidências que identifiquem a efetividade das medidas, a exemplo do tratamento psicoterápico.²⁶ Enquanto fator a ser superado, encontra-se a necessidade da compreensão da violência enquanto ato criminoso por parte dos homens, que naturaliza, minimiza e não se responsabiliza, transferindo a causa para as mulheres, situação que se encontra permeada pela construção das masculinidades hegemônicas que reforçam a prática da violência contra as mulheres, enquanto atributo masculino.

Conclusão

Os discursos revelaram que a saúde dos homens é comprometida face a vivência de violência intrafamiliar sofrida e da violência conjugal desempenhada. Estes comprometimentos afetaram o bem-estar nas dimensões da saúde física, psicoemocional, social, familiar e laboral.

Ao vivenciarem a violência intrafamiliar os homens sofrem comprometimentos à saúde que afetam às dimensões físicas, ao sofrerem as agressões corporais empregadas pelos pais, e às dimensões psicoemocionais e mentais expressos pelas memórias traumáticas que manifestaram sentimento de impotência, frustração, e perda do sentido de autorealização. Ademais, quanto ao comprometimento à saúde gerado após a ocorrência do conflito e a prática da violência cometida pelos homens contra suas conjugues, destacou-se as alterações do estado físico, através de agravos cardiovasculares e respiratórios e do estado psíquico manifestados por desestabilização emocional e alterações do padrão de sono intensificados pelo sentimento de culpa.

Como consequência da violência cometida, ao serem submetidos à prisão, os comprometimentos à saúde implicam em afastamento do trabalho, da família e de amigos, bem como expõe-os a hostilização e posterior impacto no desempenho das funções laborais e alterações psicológicas e mentais com a vigilância e pensamento suicida. Somados a prisão, os homens desvelaram nos discursos comprometimentos decorrentes do processo jurídico-criminal que inclui a expedição da medida protetiva, em função do delito no qual foram acusados pelas conjugues, demarcada pelo medo, constrangimento, humilhação, despersonalização, sintomatologia física como perda de peso, declínio da prática de atividade física e psicológica como dificuldade de concentração tristeza e desconfortos.

Evidenciou-se que as vivências de violência intrafamiliar e conjugal se encontram interseccionadas pelas relações de gênero, raça/etnia, classe e pela construção intergeracional que demarcam os constructos de masculinidades do público estudado. As subjetividades masculinas são constituídas também com base nos marcadores sociais da diferença. Apesar da relação interseccional conferir sustentação para análise do fenômeno, o estudo limita-se ao fato de que as masculinidades são latino-americanas e podem ser expressadas de modos distintos em outros contextos e territórios, assim como as relações das relações de conjugalidade e das formas e significados de violência apresentadas.

Diante dos comprometimentos à saúde apresentados urge a necessidade em desenvolver ações intersetoriais e interdisciplinares com o enfoque na construção de novos modelos de masculinidades que valorizem o cuidado de si e a não violência. Para além disso é importante que ações com fins na prevenção e enfrentamento da violência intrafamiliar e conjugal e educação baseada em gênero sejam implementadas e fortalecidas em âmbitos focais como as escolas, mas que extrapolem para outros espaços como os serviços de saúde, a exemplo da atenção à saúde da criança e adolescência, e no contexto da fase adulta, mas também nos ambientes de trabalho, processos de formação profissional e acadêmica, instituições religiosas, no trânsito, em transporte e ambientes públicos de grande circulação como as estações de metrô, em movimentos sociais e entidades e em espaços de lazer e convivência, como os campos de futebol, barbearias, bares em que hajam ampla socialização masculina.

Agradecimento

Os autores não receberam financiamento para esse estudo.

Referências

1. Fonseka RW, Minnis AM, Gomez AM. Impact of Adverse Childhood Experiences on Intimate Partner Violence Perpetration among Sri Lankan Men. PLoS One [Internet]. 2015 [cited 2020 May 28]; 10(8):e0136321. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26295577/> DOI: [10.1371/journal.pone.0136321](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0136321)
2. Sant'Anna TC, Penso MA. A Transmissão Geracional da Violência na Relação Conjugal. Universidade Católica de Brasília. Psicol. teor. pesqui. [Internet]. 2017 [cited 2020 May 28]; 33:e33427. Available from: <https://www.scielo.br/pdf/ptp/v33/0102-3772-ptp-33-e33427.pdf> DOI: <https://doi.org/10.1590/0102.3772e33427>
3. Núcleo de Opinião Pública da FPA, Venturi G, Bokany V, Dias R, Alba D, Rosas W, et al. Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado [Internet]. São Paulo: Perseu Abramo; 2010 [cited 2020 Apr 10]. Available from: https://fpabramo.org.br/publicacoes/wp-content/uploads/sites/5/2017/05/pesquisaintegra_0.pdf
4. Conselho Nacional de Justiça. O poder judiciário na aplicação da lei Maria da Penha [Internet]. 2018 [cited 2020 Apr 10]. Available from: https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2018/06/5514b0debf866190c20610890849e10_1c3f3d621da010274f3d69e6a6d6b7e6.pdf
5. Lodetti AS, Monte LS, Lago MCS, Toneli MJF. The psychic life of men and the killing of women. Psicol. soc. (Online) [Internet]. 2018 [cited 2020 May 28]; 30:e161068. Available from: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822018000100230&lng=en&nrm=iso&tlng=en
6. Zabaleta HJ, Moncrieff Leon, Ponce OG. Máscaras masculinas de violencia. Sociología visual de pandilleros en México. Rev Mex Sociol [Internet]. 2018 [cited 2020 Apr 10]; 80(2):385-414. Available from: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-25032018000200385
7. Santos WB, DinisNF. Violence and suicide risk in the construction of teenage masculinities. Cadernos PAGU [Internet]. 2018 [cited 2020 May 28]; (52):e185218. Available from: <https://www.scielo.br/pdf/cpa/n52/1809-4449-cpa-18094449201800520018.pdf> DOI: <https://doi.org/10.1590/18094449201800520018>
8. Paixão GPN, Pereira A, Gomes NP, Campos LM, Cruz MA, Santos PF. A experiência de prisão preventiva por violência conjugal: o discurso de homens. Texto & contexto enferm [Internet], 2018 [cited 2020 May 28]; 27(2):e3820016. Available from: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072018000200327&script=sci_abstract&tlng=pt DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-07072018003820016>

9. Beiras A, Cantera LM, Alencar-Rodrigues R. I Am a Bull! The Construction of Masculinity in a Group of Men Perpetrators of Violence against Women in Spain. *Universitas psychologica* [Internet]. 2015 [cited 2020 Apr 10]; 14(spe5):1525-1538. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1657-92672015000500001
10. Oliveira KLC, Gomes R. Men and conjugal violence: an analysis of Brazilian studies. *Ciênc. Saúde Colet.* [Internet] 2011 [cited 2020 May 28]; 16(5):2401-13. Available from: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232011000500009&script=sci_abstract&tlng=en DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000500009>
11. Sousa AR, Pereira A, Paixão GPN, Pereira NG, Campos LM, Couto TM. Repercussões da prisão por violência conjugal: o discurso de homens. *Rev Lat Am Enfermagem.* [Internet] 2016 [cited 2020 May 28]; 24: e2847. Available from: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692016000100440&script=sci_arttext&tlng=pt DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1569.2847>
12. Billand J, Paiva VSF. Desconstruindo expectativas de gênero a partir de uma posição minoritária: como dialogar com homens autores de violência contra mulheres. *Ciênc. Saúde Colet.* [Internet] 2017 [cited 2020 May 28]; 22(9):2979-2988. Available from: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232017002902979&script=sci_abstract&tlng=pt DOI: [10.1590/1413-81232017229.13742016](https://doi.org/10.1590/1413-81232017229.13742016)
13. Estrela FM, Gomes NP, Pereira A, Paixão GPN, Silva AF, Sousa AR. Tecnologia social de prevenção da violência conjugal: o Grupo Vid@ em ações com homens. *Rev. Esc. Enferm. USP.* [Internet] 2020 [cited 2020 May 28]; 54:e03545. Available from: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342020000100700&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt DOI: <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2018040803545>
14. Bandura A, Walters RH. *Aprendizaje social y desarrollo de la personalidad.* Mexico: Alianza Editorial; 1963.
15. Rodrigues LS, Chalhub AA. Contextos familiares violentos: da vivência de filho à experiência de pai. *Pensando fam.* [Internet]. 2014 [cited 2020 Apr 10]; 18(2):77-92. Available from: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/penf/v18n2/v18n2a07.pdf>
16. Lírio JGS, Gomes NP, Paixão GPN, Pereira A, Magalhães JRF, Cruz MA et al. Abuso intrafamiliar na infância de homens em processo criminal por violência conjugal. *Acta Paul. Enferm.* (Online) [Internet] 2018 [cited 2020 May 28]; 31(4):423-429. Available from: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002018000400423 DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201800059>
17. Souza TC. A Transgeracionalidade em Casos de Violação de Direitos. *Saúde Foco (Amparo)* [Internet]. 2018 [cited 2020 Apr 10]; 10:31-41. Available from: http://portal.unisepe.com.br/unifia/wp-content/uploads/sites/10001/2018/06/004_A_Transgeracionalidade_em_Casos_de_Viola%C3%A7%C3%A3o_de_Direitos.pdf
18. Razera J, Cenci CM, Falcke D. Violência Doméstica e Transgeracionalidade: Um Estudo de Caso. *Rev. psicol. IMED.* [Internet]. 2014 [cited 2020 Apr 10];

- 6(1):47-51. Available from:
<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5154960.pdf>
19. Colossi PM, Marasca AR, Falcke D. De geração em geração: a violência conjugal e as experiências na família de origem. *Psico* (Porto Alegre) [Internet]. 2015 [cited 2020 May 28]; 46(4):493-502. Available from:
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-53712015000400010 DOI: <http://dx.doi.org/10.15448/1980-8623.2015.4.20979>
20. Reis DM, Prata LCG, Parra CR. O impacto da violência intrafamiliar no desenvolvimento psíquico infantil. *Psicologia.pt* [Internet]. 2018 [cited 2020 Apr 10]. Available from: <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A1253.pdf>
21. Heise L. Violence against women: an integrated, ecological framework. *Violence Against Women*. 1998; 4(3):262-90. Available from:
<https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1077801298004003002#articleCitationDownloadContainer>
22. Collins PH. Intersectionality: a knowledge project for a decolonizing world? *Comunicação ao colóquio internacional Intersectionnalité et Colonialité: Débats Contemporains*, Université Paris Diderot, 28 mar 2014.
23. Crenshaw, K. Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory and Antiracist Politics. *Fórum de Univ Chic Leg* [Internet]. 1989 [cited 2020 Apr 10]; 1989(1):139-167. Available from:
<https://chicagounbound.uchicago.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1052&context=uclf>
24. Galdi MB, Campos EBV. Modelos teóricos em psicossomática psicanalítica: uma revisão. *Temas psicol.* (Online) [Internet]. 2017 [cited 2020 May 28]; 25(1):29-40. Available from:
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2017000100003 DOI: <http://dx.doi.org/10.9788/TP2017.1-03Pt>
25. Reis AR, Kind L. A saúde de homens presos: promoção da saúde, relações de poder e produção de autonomia. *Psicol. Rev.* [Internet] 2014 [cited 2020 May 28]; 20(2):212-31. Available from:
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-11682014000200002 DOI: <https://doi.org/10.5752/P.1678-9523.2014v20n2p212>
26. Poletto MP, Renner AM, Rebeschini C, Arteché AX. Intervenções psicológicas para homens perpetradores de violência contra a mulher: uma revisão sistemática. *Contextos Clín.* [Internet] 2018; 11(2):268-283. Available from:
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-34822018000200012

Autor de Correspondência

Anderson Reis de Sousa
Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia. R. Basílio da Gama, 241.CEP: 40110-907. Canela. Salvador, Bahia, Brasil.
son.reis@hotmail.com

Praxiologia do cuidado de saúde homens que convivem com a Diabetes e a Hipertensão Arterial

Health care praxiology men living with diabetes and hypertension

Hombres de praxiología de la salud que viven con diabetes e hipertensión

Anderson Reis de Sousa¹, Andrey Ferreira da Silva², Fernanda Matheus Estrela³, Helder Pereira Bonfim⁴, Tamires Jesus Sousa⁵,
Leilane Nascimento da Conceição⁶, Álvaro Pereira⁷

Como citar: Sousa AR, Silva AF, Estrela FM, Bonfim HP, Sousa TJ, Conceição LN, et al. Praxiologia do cuidado de saúde homens que convivem com a Diabetes e a Hipertensão Arterial. REVISA. 2021; 10(2): 320-35. Doi: <https://doi.org/10.36239/revisa.v10.n2.p320a335>

REVISA

1. Faculdade Nobre de Feira de Santana.
Feira de Santana, Bahia, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0001-7286-0315>

2. Universidade Federal da Bahia, Escola de
Enfermagem. Salvador, Bahia, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0001-8534-1960>

3. Hospital Geral Roberto Santos e Obras
Sociais Irmã Dulce. Salvador, Bahia, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0003-2161-7563>

4. Hospital Geral Cleriston Andrade. Feira
de Santana, Bahia, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0002-5236-3933>

5. Faculdade Nobre de Feira de Santana.
Feira de Santana, Bahia, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0002-3815-3083>

6. Faculdade Nobre de Feira de Santana.
Feira de Santana, Bahia, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0002-3901-8721>

7. Faculdade Nobre de Feira de Santana.
Feira de Santana, Bahia, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0002-1351-1278>

8. Universidade Federal da Bahia, Escola de
Enfermagem. Salvador, Bahia, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0003-4141-9097>

Recebido: 12/01/2021
Aprovado: 29/03/2021

RESUMO

Objetivo: Aprender as práticas de cuidado de saúde exercitadas por homens em situação de adoecimento crônico. **Método:** Estudo qualitativo realizado com 38 homens idosos que conviviam com a Diabetes e a Hipertensão Arterial Sistêmica em um município da Bahia, Brasil. Realizamos entrevista individual submetida à análise pelo método do Discurso do Sujeito Coletivo, suportado pela Teoria das Transições. **Resultados:** A praxiologia do cuidado de saúde dos homens esteve configurada pelo desenvolvimento de aprendizados e aquisições de habilidades específicas sobre a doença crônica; reeducação familiar; adesão às terapêuticas tradicionais face a utilização dos fitoterápicos, de saberes ancestrais e populares; a promoção de atividade física e repouso; o controle de modificações nos órgãos e no corpo e a promoção do bem-estar psicológico e a superação do sofrimento. **Conclusão:** As práticas de cuidado estão constituídas a partir das vivências masculinas na experiência do adoecimento crônico pela Diabetes Mellitus e a Hipertensão Arterial, que ao seu modo, implicam em mobilizações das masculinidades ao encontro de atos, atitudes, ações direcionadas à convivência com a doença, o seu enfrentamento e a significação a partir das oportunidades e dos acessos que estão disponíveis no território.

Descritores: Praxiologia; Cuidados de Enfermagem; Adoecimento crônico; Saúde do Idoso; Saúde do Homem.

ABSTRACT

Objective: To learn the health care practices exercised by men in a situation of chronic illness. **Method:** Qualitative study carried out with 38 elderly men who lived with Diabetes and Systemic Arterial Hypertension in a city in Bahia, Brazil. We conducted an individual interview submitted to analysis using the Collective Subject Discourse method, supported by the Transition Theory. **Results:** The praxiology of men's health care was shaped by the development of learning and the acquisition of specific skills about chronic disease; family reeducation; adherence to traditional therapies in view of the use of herbal medicines, ancestral and popular knowledge; the promotion of physical activity and rest; the control of changes in organs and body and the promotion of psychological well-being and the overcoming of suffering. **Conclusion:** Care practices are constituted from male experiences in the experience of chronic illness due to Diabetes Mellitus and Arterial Hypertension, which, in their own way, imply mobilizations of masculinities to meet acts, attitudes, actions directed to living with the disease, its confrontation and the significance from the opportunities and accesses that are available in the territory.

Descriptors: Praxiology; Nursing care; Chronic illness; Health of the Elderly; Men's Health.

RESUMEN

Objetivo: Conocer las prácticas asistenciales que ejercen los hombres en situación de enfermedad crónica. **Método:** Estudio cualitativo realizado con 38 hombres mayores que vivían con Diabetes e Hipertensión Arterial Sistémica en una ciudad de Bahía, Brasil. Realizamos una entrevista individual sometida a análisis utilizando el método del Discurso Colectivo del Sujeto, apoyado en la Teoría de la Transición. **Resultados:** La praxiología del cuidado de la salud de los hombres fue moldeada por el desarrollo del aprendizaje y la adquisición de habilidades específicas sobre enfermedades crónicas; reeducación familiar; adherencia a las terapias tradicionales en vista del uso de hierbas medicinales, conocimientos ancestrales y populares; la promoción de la actividad física y el descanso; el control de los cambios en los órganos y el cuerpo y la promoción del bienestar psicológico y la superación del sufrimiento. **Conclusión:** Las prácticas de cuidado se constituyen a partir de vivencias masculinas en la vivencia de enfermedad crónica por Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial, que, a su manera, implican mobilizaciones de masculinidades para enfrentar actos, actitudes, acciones encaminadas a convivir con la enfermedad, su enfrentamiento y la trascendencia de las oportunidades y accesos que se encuentran disponibles en el territorio.

Descriptores: Praxiología; Cuidado de enfermera; Enfermedad crónica; Salud de los ancianos; Salud de los hombres.

Introdução

As Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT's) são responsáveis por mais de 41 milhões de mortes anualmente e constituem fatores preponderantes para o surgimento de incapacidades e mortes prematuras na sociedade em todo o mundo. Para o seu enfrentamento o emprego de intervenções na saúde, especialmente na Atenção Primária, com fomento na adesão aos tratamentos e melhoria de ações que garantam a adoção de hábitos saudáveis que estimulem o controle destas doenças, são em sua maioria bastante efetivas.¹

Os impactos gerados pelas DCNT's são observados em diversos âmbitos e perpassam desde questões familiares pela incapacidade na provisão até o surgimento de desequilíbrios de caráter econômicos decorrentes dos custos elevados com fins nos tratamentos.² Diante dessa problemática, a Organização Mundial de Saúde (2014),³ definiu algumas metas globais a serem alcançadas até 2025. Tais metas convergem com o controle das doenças e incluem a melhoria de hábitos alimentares, redução da obesidade e incentivo às medidas terapêuticas.

Nesta seara que envolve o contexto do adoecimento crônico na experiência da saúde e doença, são confrontados com questões relacionais de gênero, as quais se destacam as construções sociais das masculinidades.⁴ É com base na compreensão desse entrecruzamento que foi instituída no Brasil a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem.⁵ Destarte, esta marca normativa do desenvolvimento de uma política de saúde focal para a população masculina tem sido disparadora de atenção à contextos como a percepção de invulnerabilidade, a resistência na procura por serviços institucionais de saúde, preocupação reduzida com a situação de saúde, exercício de padrões normativos de gênero - posição de provedor e a cultura de descuidado que permeiam grande parte da construção masculina no Brasil, que podem ocorrer com os homens idosos.⁵⁻⁸

Face a este cenário que suscita visibilidade em relação ao modo como os homens concebem e exercitam o cuidado de saúde, faz-se atentar para as práticas. Sob este prisma, é essencial reconhecer que tais práticas comportam uma ontologia política própria, a qual estrutura a lógica do cuidado.⁹ Desse modo, faz-se cada vez mais necessária a atuação Inter profissional de saúde com o foco nas práticas de cuidado de saúde e no planejamento e execução das ações de promoção, educação, prevenção, controle, enfrentamento, tratamento e reabilitação, que incluem os profissionais de enfermagem.

Diante do cenário apresentado, este estudo foi guiado pela questão de pesquisa: Como configurar uma praxiologia de cuidado de saúde de homens que convivem com a Diabetes e a Hipertensão Arterial? Este artigo tem o objetivo de aprender as práticas de cuidado de saúde exercitadas por homens que convivem com a Diabetes e a Hipertensão Arterial.

Método

Estudo qualitativo, estruturado nas bases socioantropológicas da saúde e da Enfermagem. A pesquisa foi realizada em dois cenários: uma Unidade de Saúde da Família e um Centro de Atendimento ao Diabético e Hipertenso - CADH, situados em um município do estado da Bahia, Brasil. Participaram do

estudo 38 homens, idosos, que frequentavam os serviços de saúde na rede de Atenção Primária e na Média Complexidade no Sistema Único de Saúde.

Os dados foram coletados a partir do emprego de um instrumento previamente elaborado e validado por pesquisadores com expertise na área, aplicado junto aos participantes nas instalações dos serviços de saúde pesquisados, em horários previamente agendados, sob a disponibilidade dos participantes e a organização dos serviços. O instrumento utilizado era composto por questões fechadas, que versavam sobre as características sociodemográficas, clínicas, terapêuticas e relacionadas ao adoecimento crônico e por questões abertas sobre o objeto empírico, a saber: Conte-nos sobre a sua vivência de cuidado de saúde no contexto do adoecimento crônico?

Para coleta de dados, o estudo seguiu a aplicação de um formulário semiestruturado, composto por questões norteadoras referentes ao tema proposto e de questões sociodemográficas, das condições de saúde e do adoecimento crônico, além da utilização dos fitoterápicos.

Como forma de aproximação com os participantes, estes foram acessados por uma pesquisadora treinada, que realizou estratégias de observação não participante no serviço, e realizou o convite para participação no estudo, considerando os requisitos éticos e bioéticos para realização de pesquisas envolvendo seres humanos, conforme recomendações propostas pela Resolução 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde. Sendo assim, apresentou-se o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que foi lido, explicado e assinado em duas vias, considerando a assinatura digitalográfica, para aqueles que não eram alfabetizados.

A análise metodológica dos dados foi realizada mediante ao emprego do Discurso do Sujeito Coletivo - DSC, método indutivo, que possibilita a organização de dados qualitativos para localizar fenômenos de representação social. A partir da acura sistematização e padronização de discursos convergentes, emergiram-se as Expressões Chaves e Ideias Centrais/ Acoragens que suportam teoricamente os discursos-síntese do objeto investigado.¹⁰

A entrevista foi realizada individualmente de modo a garantir a confiabilidade e confidencialidade dos dados, com tempo médio de duração de 30 minutos aproximadamente, sendo esta guiada pelo roteiro pré-estabelecido, sendo gravadas em gravador único, posteriormente transcritas sob registro fidedigno do material empírico coletado, para posterior organização, codificação e análise, em atendimento aos critérios estabelecidos pelo *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ)*, a fim de garantir o rigor na pesquisa qualitativa.

Mediante ao processo de organização e subseqüente categorização inicial do material transcrito, desenvolvida através do *Software NVIVO 11®* foi realizada a análise e interpretação, que esteve norteada pelo método do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) proposta por Lefèvre e Lefèvre¹⁰, que fizeram emergir as em Expressões Chaves, posteriormente, Ideias Centrais, e os Discursos Sínteses.

As representações sociais são esquemas sociocognitivos que as pessoas utilizam para emitirem, no seu cotidiano, juízos ou opiniões; são uma forma de conhecimento, socialmente elaborado e partilhado, de uma realidade comum a um conjunto social.¹⁰ A interpretação dos achados foi estruturada no referencial teórico de Anne Marie Mol a partir de conceitos como a ontologia, a lógica do

cuidado e as práticas em dado exercício de praxiologia empregado pela autora.¹¹⁻¹⁴

Cumpriu-se com os aspectos éticos da pesquisa em todas as suas etapas de desenvolvimento da pesquisa. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob o parecer de número: CAAE: 83710017.8.0000.5654 e n. 2.518.617.

Resultados

Compuseram o estudo 38 homens idosos em vivência de adoecimento crônico por Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial. As características sociodemográficas, laborais e clínicas/de saúde, estão apresentadas no infográfico abaixo:

Figura 01 – Caracterização dos participantes. Bahia, Brasil. 2017.



Os discursos-sínteses e suas respectivas Ideias Centrais que dão sustentação ao conhecimento do fenômeno, expõe a tipologia das práticas de cuidado adotadas por homens idosos em vivência do adoecimento crônico por Diabetes e Hipertensão Arterial. A praxiologia de cuidado do público investigado dar-se no cotidiano dos serviços de saúde, especialmente no âmbito

da atenção especializada do Sistema Único de Saúde, e revela a centralidade das práticas direcionadas para a aproximação, conhecimento, negociação e incorporação da dinâmica apresentada pelas enfermidades, e pelo percurso na busca por apoio, suporte, intervenção, acompanhamento, adaptação e reparos.

Síntese 1: padrões de resposta

Esta categoria de discursos-sínteses expressa a coletividade de homens idosos face as práticas de cuidado que estão direcionada à vivência e experiências da enfermidade por Diabetes e Hipertensão. Denunciam o desenvolvimento e aquisição de aprendizados sobre a doença, as mudanças impostas pelas repercussões e à construção de estratégias adaptativas e de enfrentamento.

Ideia Central 1A: Desenvolvimento de aprendizados e aquisições de habilidades específicas sobre a doença crônica

O desenvolvimento de desenvolvimento de práticas de cuidado baseadas nos aprendizados e nas aquisições de habilidades específicas sobre a doença crônica, constituiu a tipologia cuidativa por este grupo. Ademais, percepções sobre as suas construções sociais das masculinidades são elucidadas no discurso dos homens e interfaceiam este cuidado:

[...] as mulheres se preocupam mais com a saúde, são mais prudentes. Os homens costumam ser mais relaxados com o cuidado com a sua saúde. Eu também agia assim. Me faltava interesse, mas não era pelo fato de não gostar de me cuidar, era por displicência e ignorância, preguiça e falta de motivação mesmo. Além disso, tinha também o preconceito, que era grande e a vergonha. Me faltava também a orientação, pois eu passei a buscar por cuidados após os 65 anos. A descoberta das doenças me gerou muita precaução, afinal ninguém quer ter Diabetes, nem Hipertensão, pois é péssimo, é um assunto negativo, algo ruim, um estorvo, são as piores doenças que existem, principalmente por não permitirem que eu possa realizar as atividades que eu realizava antes. Porém mesmo convivendo com essa situação, eu passei a buscar por melhorias e mesmo que devagarinho eu estou buscando enfrentar, querendo viver melhor, superar as dificuldades, conhecer mais a doença, aprender mais com os profissionais, principalmente sobre os efeitos colaterais que essas doenças trazem, e aplicando os ensinamentos no meu dia-a-dia, pois hoje eu compreendo que cuidar da saúde é fundamental para evitar complicações futuras para o homem e cuidado com a saúde não pode esperar. (DSC de homens idosos).

Ideia Central 1B: Mudanças de hábitos, novas formas de ser e adoção de comportamentos saudáveis

As práticas de cuidado direcionadas às mudanças de hábitos e a adoção de atitudes positivas e comportamentos saudáveis se dão face a necessidade da interrupção de práticas danosas à nova condição de saúde, especialmente, as doenças crônicas. Destarte, também implicou em novas formas de ser, na busca por restabelecer sua condição saudável. Tais mudanças ocorrem mobilizadas pelos impactos deletérios e incapacitantes do adoecimento crônico:

[...] após o surgimento da Diabetes e da Hipertensão as preocupações aumentaram. Tive que mudar muitas atitudes na vida, e eliminar comportamentos que eu realizava antes. Agora eu não faço mais o que fazia: beber

cerveja, fumar, comer de forma desregrada e tudo isso por conta dessas doenças e também por conta da idade que já está ficando avançada. Também estou tendo dificuldade para andar sozinho, pois estou começando a perder a visão e tive que amputar um pé. Por conta disso, a minha família já comentou até de adquirir um andador, o que não me agrada. Agora já tenho consciência de que não pode só pensar em se cuidar só quando os problemas na saúde chegam, mas quanto antes melhor. (DSC de homens idosos).

Ideia Central 1C: Adaptações e estratégias de enfrentamento às novas rotinas terapêuticas/medicamentosas

As práticas de cuidado voltadas à adaptação e as estratégias de enfrentamento desempenhadas pelos homens idosos estão direcionadas à adesão de novas rotinas, ao cumprimento de terapêuticas medicamentosas, ao controle glicêmico, e se são influenciadas por alterações nas capacidades para o trabalho e para o exercício das atividades da vida diário em seu cotidiano:

[...] antes eu era um homem mais ativo, não me preocupava muito com a saúde, mas hoje sou um homem precavido. A rotina de vida foi totalmente mudada após o surgimento das doenças. Deixei de trabalhar por causa da oscilação da glicemia. Passei a fazer uso diário de vários remédios, sigo a receita que o médico me passou e tive que deixar de realizar algumas atividades do dia-a-dia pois fui perdendo um pouco da capacidade. (DSC de homens idosos).

Ideia Central 1E: Adaptações e estratégias de enfrentamento às mudanças afetivas e sexuais

Os fragmentos discursos dos homens idosos elucidam que há impactos na dimensão da vida familiar, afetiva e conjugal e no desempenho sexual. Face a essa vivência, os homens buscam estabelecer novos vínculos socioafetivos, que se dão na instituição de novas relações conjugais, no exercício da paternidade na fase da velhice e na busca por conhecimento e suporte profissional para lidarem com a disfunção sexual presente:

[...] tenho buscado estar mais próximo da família, pois sei que mesmo após as doenças, a nossa relação não mudou, eles estão sempre me apoiando, mas a vida sexual muda. Eu tenho impotência sexual, não sou mais o homem que eu era antigamente. A relação conjugal também mudou. Eu me separei da minha primeira esposa por causa da doença. Ela não quis continuar comigo. Agora sou casado e tenho mais dois filhos com a segunda esposa. Ela é mais nova e tem idade de ser minha filha, mas cuida de mim. Agora tenho tentando recomeçar as aproximações e a superar as dificuldades em relação ao sexo, buscando conhecer mais e realizar os tratamentos no serviço de saúde. (DSC de homens idosos).

Ideia Central 1F: Adaptações e estratégias de enfrentamento às mudanças no trabalho e nas finanças

Adaptações e estratégias de enfrentamento às mudanças provocadas pelo adoecimento crônico às dimensões do mundo do trabalho e das relações financeiras emergiram como práticas de cuidado entre os homens, e se estruturam mediante a vivência de impactos, como as privações, o declínio da renda, a perda da capacidade produtiva para o trabalho, a destituição de poses, a mudança de lugar do homem-produto, para o homem -“inválido”, mediante ao advento da aposentadoria, a elevação dos custos com a manutenção das terapêuticas e a necessidade do aporte financeiro por fomentada por parte dos filhos:

[...] desde que passei a sofrer mais com o avanço da Diabetes e da Hipertensão eu passei muita dificuldade, principalmente em relação financeira. Tive dificuldade para ter acesso ao Auxílio-Doença, tive que parar de trabalhar e fui aposentado por invalidez, e a partir daí a minha vida financeira mudou completamente, pois para quem ganhava muito e hoje viver com o dinheiro da aposentadoria é ruim. Trabalhando eu vivia em uma situação boa, mas sem trabalhar é outra bem desagradável, principalmente por não estar mais exercendo o que eu exercia antes. Mesmo estando aposentado, os gastos com a doença são grandes e o valor da aposentadora é pequeno, o que me fez necessitar realizar alguma atividade para ganhar mais dinheiro. Tive também que contar com o apoio financeiros dos meus filhos, que tem me ajudado com algumas contas mensais. Precisei vender algumas poses que eu tinha, por não ter quem cuidasse. (DSC de homens idosos).

Ideia Central 1D: Reeducação alimentar

As práticas de cuidado direcionadas à alimentação se dão mediante às medidas restritivas recomendadas por profissionais de saúde no serviço que os homens idosos frequentam e realizam acompanhamento especializado, especialmente os da nutrição, aproximando-se de uma reeducação alimentar. Entre os componentes desta prática, vislumbra-se a mudança de hábitos alimentares, a restrição do consumo de alimentos processados, com elevado teor glicêmico e lipídico. Notou-se a presença dos profissionais de saúde e de familiares como agentes de suporte ao cumprimento de dietas alimentares e da percepção positiva dos investigados quanto à melhoria da condição clínica e do distanciamento de práticas consideradas “prejudiciais:

[...] eu tive que mudar a alimentação por causa das doenças, e agora eu não posso me alimentar de tudo. Deixei de beber cerveja e pinga e também de comer alguns alimentos, principalmente os gordurosos e industrializados, além de doces e pães. Tenho seguido uma dieta em que não posso comer de tudo, é bem regrado, pois a nutricionista, as profissionais e a minha família ficam sempre me fiscalizando. Tive então que realizar uma reeducação alimentar e passei a me alimentar melhor, a comer menos e várias vezes ao dia, por meio de uma alimentação variada e evito tudo que prejudica. (DSC de homens idosos).

Ideia Central 3A: Adesão às terapêuticas tradicionais - utilização dos fitoterápicos

Mobilizados pelo desejo da cura da Diabetes e da Hipertensão, os homens idosos se valeram de práticas de cuidado ancoradas na medicina tradicional, especialmente no uso de fitoterápicos:

[...] eu tenho recorrido às plantas, as ervas e aos produtos naturais. Busquei também informações no livro "As plantas curam". Faça uso não só para a Diabetes e a Hipertensão, mas para outras doenças, como a dores, gripe e intestino preso. Para baixar o nível do açúcar e consumo a "pata de vaca", "pau tenente", "pau ferro", "jamelão", "juá de boi", "juá mirim". Faço chá de plantas como o da "folha da graviola", "quina-quina", "quiabo", "chia" e "moringa". Consumo "alumã" e "boldo", sempre que a barriga está ruim e chá de "quebra-pedra" para os rins. Faço uso da "aroeira" para banhar a perna quando está doendo, e também para cicatrizar a ferida e chá de "erva cidreira" e "capim santo" e "chuchu" para acalmar, baixa a pressão e me fazer dormir bem. Tenho buscado as plantas e as ervas em uma loja que vende produtos naturais e também no quintal de casa ou nas roças, chácara ou no quintal do vizinho e até no meio-fio da rua. (DSC de homens idosos).

Ideia Central 3B: Adesão à saberes ancestrais e populares

Práticas de cuidado vinculadas à ancestralidade e aos saberes populares constituem o repertório da tipificação do cuidado dos homens idosos. Os achados evidenciaram o resgate de saberes maternos adquiridos na infância, a busca por informações e conselhos fornecidos por amigos e por pessoas com maior idade e acumulação de experiência sobre o manejo das doenças crônicas, o consumo de chás bebidas medicinais, o acesso às feiras populares e a procura por curandeiros:

[...] depois que descobrir que estava com a Diabetes e a Hipertensão eu passei a tomar informações com pessoas mais velhas, para saber com as pessoas mais experientes. Lembrei das orientações da minha mãe, em que desde a época de criança, ela fazia chás e a gente tomava, e agora eu estou fazendo o mesmo. Busquei informações com amigos sobre a doença e como eu poderia fazer para melhorar, e os conselhos foram importante. Os amigos também têm feito o uso de chás, e me disseram para fazer pois era bom. Procurei por pessoas que tinham mais conhecimento sobre as ervas e os banhos, e passei a frequentar lugares onde comprar, que geralmente ficam nas feiras livres, lá recebi orientações do que era bom, o que poderia trazer alívio. Foi fácil de comprar e rápido para usar. Passei também a tomar garrafadas medicinais que são feitas por uma curandeira e também a buscar por orientações das pessoas que vivem na roça e no mato. (DSC de homens idosos).

Ideia Central 1D: Promoção de atividade física e repouso

Motivados pela necessidade de manter a funcionalidade do corpo, da mobilidade, e do desempenho motor, o discurso masculino revelou a prática da promoção da atividade física e do repouso. Destacam no emprego dessas práticas de cuidado a participação terapêutica do (a) profissional da fisioterapia:

[...] eu sinto falta da atividade física que eu fazia, agora como estou idoso eu não tenho mais a mesma disposição, mas ainda assim, por conta das doenças que eu tenho, eu caminho no quintal e na rua durante o dia, e às vezes faço atividade física, faço a fisioterapia na unidade de saúde do meu bairro, por causa da perna que tive que amputar e também repouso e descanso durante o dia. (DSC de homens idosos).

Ideia Central 1D: Controle de modificações nos órgãos e no corpo

Ao sofrerem com os impactos da deterioração orgânica e corporal, os homens idosos desempenharam práticas de cuidado de caráter reparador, restaurado e de reabilitação, como na busca e realização de intervenções cirúrgicas, acesso às terapêuticas médicas:

[...] a Diabetes e a Hipertensão me deformaram e por estarem em estágio avançado eu tive que buscar ajuda médica e de profissionais do serviço de saúde. Ao passar por consultas médicas, avaliações, realizar vários exames eu necessitei realizar a cirurgia para a amputação da perna e do pé. Também tive problemas com a audição e tive um Acidente Vascular Cerebral. Por conta disso hoje eu faço acompanhamento médico e sigo as recomendações que são repassadas no serviço. Ainda enfrento problemas com a circulação, e passei a usar uma espécie de bota para facilitar a circulação do sangue e evitar que gere uma nova ferida na outra perna. Perdi muito peso, o corpo não fica desenvolvido como era, sinto muito cansaço, tenho muita tontura quando o nível de açúcar cai e não tenho mais a mesma disposição de antes. Agora eu tenho que me pesar e fazer a medição da pressão toda semana, para evitar que eu enfraqueça. (DSC de homens idosos).

Ideia Central 1D: Promoção do bem-estar psicológico e a superação do sofrimento

Ainda que de maneira discreta o discurso masculino revelou que os homens idosos quando estão em vivência de desarranjos no bem-estar psicológico, buscam empregar práticas de cuidado positivas direcionadas à promoção do descanso físico, controle do estresse:

[...] às vezes me sinto um pouco cabe baixo, triste, desanimado, nervoso e com mal-estar diante das complicações que as doenças trazem, mas eu busco descansar, distrair para aliviar a mente. Tem dias que está bem ruim, mas eu faço chás para acalmar e evitar que eu fique abalado. Busco melhora a minha relação de prazer em viver, e não reclamar, sempre dizer que está bom, pois se eu disser que está ruim, piora e tudo o que eu desejo é enfrentar e viver melhor, o quanto puder. (DSC de homens idosos).

Discussão

Os achados deste estudo são capazes de evidenciar como opera praxiologia do cuidado junto à homens idosos em vivências de adoecimento crônico, a partir da experiência da doença e do desenvolvimento de estratégias cuidativas de adaptação e enfrentamento. Desse modo, os resultados mostram que há práticas de cuidado centradas na doença e outras que se transpõem para as distintas dimensões da vida e saúde que foram afetadas pelas repercussões do adoecimento crônico dos homens. Destarte, os dados permitem ainda identificar

as expressões de atributos das masculinidades auto percebidas pelos homens idosos, as quais permeiam as suas construções e ideários frente a relação com o cuidado, revelando desta maneira o seu ineditismo.

Como prática para lidar e enfrentar o adoecimento crônico os homens desenvolveram ao longo da trajetória clínica e da experiência da doença determinados aprendizados e adquiriram habilidades que os conferiram especificidades à doença em seu caráter de cronicidade. Tais práticas conferem avanços no conhecimento em saúde e sobre a doença, terapêuticas medicamentosas, modalidades de tratamento e hábitos de vida.¹⁵ Sob este aspecto, diferenças entre os gêneros são identificadas em estudo sobre mulheres e homens com Diabetes Mellitus e o estilo de vida e evidenciou que os homens como a higiene insatisfatória e o corte inadequado de unhas. Apresentaram ainda menor prática do escalda pés, do uso de calçados inadequados, comportamentos menos saudáveis, menor controle alimentar e realização de exames laboratoriais para monitoramento do perfil lipídico recomendado.¹⁶

Importa ressaltar o caráter performativo das práticas, as quais configuram os modos de ser, conhecer e intervir frente ao cuidado de saúde masculino.¹⁵ O alcance das noções de política ontológica presente no modo como os homens exercitam o cuidado de si da saúde deve fazer parte do olhar profissional em saúde a partir da perspectiva social.¹¹⁻¹²

A reeducação familiar tornou-se uma prática de cuidado de saúde adotada pelos homens na convivência com a Diabetes e a Hipertensão Arterial, especialmente no tocante à aproximação masculina à família, e a sua participação e suporte ofertado. Em uma relação mútua é possível reconhecer o surgimento de tribos que se estabelecem na prática cuidativa daqueles que estão em contextos de adoecimento crônico.²⁴ Outrossim, o suporte familiar tem apresentado significativa contribuição para o automanejo da doença crônica como revela os pressupostos da Teoria do Automanejo.¹⁷

A adesão às terapêuticas de origem tradicionais, especialmente as advindas das plantas, dos saberes medicinais que cultuam as ervas e promovem os fitoterápicos. Sob este prisma, é relevante inferir que os participantes deste estudo em sua maioria estão inseridos em um contexto territorial rural, e são residentes de um município cuja as feiras livres populares possuem expressiva tradição e demarcação histórica, cultural e, portanto, já fazem parte da cotidianidade dos homens, o que pode fortalecer o emprego de práticas fitoterápicas junto ao processo saúde e doença que permeiam a vivência da Diabetes Mellitus e da Hipertensão Arterial. Além disso, é necessário compreender os sistemas de crenças presente entre os homens quanto às concepções atribuídas às doenças crônicas e as histórias que são construídas por eles sobre o processo de adoecimento, as causas, a prevenção, o vínculo que se institui com as estratégias diagnósticas e com os serviços de saúde, como, por exemplo, o vínculo que se constrói com os profissionais de saúde.¹⁸

Em consonância com as práticas fitoterápicas de cuidado de saúde, os homens também incorporam em suas vivências os saberes ancestrais e populares, que são influenciados pelas categorias idade e geração, especialmente dos ditos populares dos mais velhos e da religião, a partir dos ensinamentos religiosos ligados à recuperação e cura. Tais práticas compõem as representações sociais dos homens acerca das doenças crônicas no que tange as causas, preocupações, reconhecimento de sinais e sintomas, e da adoção de práticas de cuidado –

aquisição de medicamentos e outros remédios, alimentação, tratamento, que estão imbricadas nas práticas populares de saúde e dos saberes do senso comum tão peculiares à rede informal de cuidados e às ruralidades.¹⁹⁻²⁰

Embora representativo entre o grupo estudo, não foi possível evidenciar se tais práticas são orientadas, se seguem recomendações de especialistas, se foram propostas pelos profissionais de saúde, ou se são práticas utilizadas de maneira isolada sem a correlação com as terapêuticas instituídas nos serviços. O que se observou foi uma variedade de ervas com as quais os homens manipulam e fazem o uso, especialmente na formulação de chás, com fins diretos no manejo das doenças crônicas, mas também de outras condições clínicas associadas.

Face ao contexto do uso dos fitoterápicos no contexto das doenças crônicas com a Diabetes Mellitus e a Hipertensão Arterial, chama-se a atenção para o uso empírico dos mesmos, e da preocupação existente com o uso, cultivo, acesso e a manipulação dos fitoterápicos, a posologia, e fatores complicantes como as intoxicações e o fenômeno da automedicação, aspecto expressivo entre a população masculina.²¹⁻²²

A promoção de atividades físicas e de repouso mostraram-se presente entre as práticas cuidativas masculinas. Tais práticas são positivas pois conferem aos homens aspectos de melhorias no funcionamento sexual, no controle metabólico e na qualidade de vida.²³ Não foi possível aprofundar o plano da investigação para saber se tais práticas já eram tidas como habituais entre os homens em seu cotidiano. O que foi possível apreender é que os mesmos passaram a incorporar tais práticas após a vivência da Diabetes Mellitus e da Hipertensão Arterial. Estes aspectos está sendo colocado para chamar a atenção do que coloca Mol¹¹⁻¹⁴, quando recomenda que façamos uma guinada para o campo de investigação sobre as práticas, e que investiguemos as práticas cotidianas, como a mesma realizou em seus percursos de pesquisa sobre as práticas cotidianas de viver com a Diabetes e a arteriosclerose.

Por sua vez, o controle de modificações corporais e orgânicas geradas pelas doenças crônicas investigadas, como a disfuncionalidade, incapacidades, deformidades, mobilizam os homens a exercerem o cuidado de si da saúde. Mol em suas investigações realizadas sobre a convivência de pessoas com a Diabetes Mellitus e com a Arteriosclerose, traz significativas contribuições para o reconhecimento de que o cuidado emerge enquanto uma dimensão mais ampla como a cidadania, e que não necessariamente estaria ligado apenas à lógica da escolha individual, mas das oportunidades conjunturais, como o acesso aos serviços, a condição socioeconômica, o letramento em saúde e mais.^{12,14}

Para além da dimensão de saúde física, os homens pesquisados revelaram a partir do discurso coletivo as práticas de cuidado de saúde mental, especialmente àquelas direcionadas para a promoção do bem-estar psicológico e a minimização do sofrimento relacionado à vivência do adoecimento crônico por Diabetes e Hipertensão Arterial. Sabe-se que os agravos crônicos apresentam importantes relações com o desencadeamento de desordens psíquicas, especialmente pela produção de estresse, efeitos psicossomáticos que em caráter progressivo e crônico vão gerando efeitos deletérios à situação de saúde mental do sujeito.²⁴⁻²⁷

Mediante a possibilidade já evidenciada na literatura do sofrimento psíquico associado à vivência do adoecimento crônico, faz-se necessário que profissionais de saúde, como os da Enfermagem, estejam atentos e capacitados

para reconhecer os sinais sugestivos de distúrbios mentais, como os desequilíbrios e/ou transtornos de humor, ansiedade, depressão, estresse pós-traumático, assim também como os que implicam em nível de complexidade mais elevada como o comportamento suicida. Além dos mais, ressalta a essencialidade de que a equipe profissional esteja apta a identificar e valorizar as práticas individuais, singulares e autônomas positivas que são empregadas pelos homens.

Ao considerar a construção social das masculinidades, que em grande maneira pode estar estruturada em moldes hegemônicos, que não prioriza o cuidado de si da saúde, retarda a busca por ajuda nos serviços de saúde, acessa mais a média e a alta complexidade da atenção, esconde emoções e sentimentos, inclusive àqueles relacionados com os contextos clínicos da doença crônica, é imprescindível que a equipe de saúde esteja bem posicionada para apoiar os homens no enfrentamento das circunstâncias negativas que possam ser geradas pelo desenvolvimento da doença.²⁸⁻²⁹ Desse modo, o marcador masculinidade necessita ser inserido no cotidiano da conduta clínica adotada pelo profissional de saúde, sendo o mesmo analisado com sensibilidade, livre de estereótipos, a fim de colaborar com a vivência mais harmônica dos homens com o adoecimento.

Mesmo elaborando um pressuposto de que os homens investigados estão circunscritos em um padrão normativo de construção das masculinidades, quando analisado as práticas exercidas por eles, é importante saber de que as mesmas estão inseridas em realidades múltiplas, assim como são múltiplos e heterogêneos os corpos e as articulações entre os diferentes atores humanos e não humanos na rede social.¹⁴⁻¹⁵ Desse modo é relevante conhecer as maneiras apropriadas para inferir sobre as práticas adotadas pelos homens no tocante ao contexto do adoecimento crônico não transmissível.

No âmbito da saúde mental, atentar para a relação que pode haver entre os constructos de masculinidades dos homens com o contexto psicoemocional e mental, poderá conduzir os profissionais a identificarem precocemente as vulnerabilidades existentes, tal como o sofrimento – o seu nível de intensidade e complexidade, e posteriormente, encontrar as melhores e mais coerentes intervenções em saúde mental a serem aplicadas junto à população masculina no âmbito das práticas de cuidado de saúde face ao adoecimento crônico. Tais aspectos reforçam a necessidade de que a saúde de homens se constituam uma prioridade real no âmbito das políticas públicas, da gestão dos serviços e da assistência e no cotidiano das práticas profissionais de produção do cuidado, com o despertar para as múltiplas dimensões do cuidado de saúde – física, mental, espiritual, religiosa, bioenergética, social, do trabalho e outras.³⁰

Em estudo realizado com população similar, porém na Unidade de Saúde da Família encontrou nas vivências masculinas em contexto de adoecimento crônico achados que delineavam práticas de cuidado de saúde, como o controle de saúde, a disposição para o autocuidado e para o bem-estar espiritual e a melhoria dos processos familiares.³¹ Tais resultados reforçam a necessidade de atentar para a análise da praxeologia do cuidado¹¹⁻¹⁴ como forma de tipificar, conhecer de modo acurado e poder constituir linhas de cuidado mais específicas, desenhar planos terapêuticos e de cuidados mais personalizados, coerentemente adaptados e que sejam compatíveis com as realidades vivenciadas pelos homens em seus territórios e construções sociais, culturais, gerenciais e históricas e políticas.

A partir dos resultados levantados é possível avançar no conhecimento produzido sobre o tema, especialmente no campo da ciência e da prática de Enfermagem, em que as investigações envolvendo o público masculino ainda são discretas. Desse modo, há relevância no estudo na medida em que se explora um grupo heterogêneo, mas com apresentações de práticas de cuidado que se coadunam e que podem estar demonstrando um padrão de resposta, e mesmo de desempenho, seja ele individual e também comunitário, o que pode implicar em facilidades no manejo de profissionais de Enfermagem em sua atuação cotidiana nos serviços

Além mais, é possível condensar informações substanciais para o progresso da clínica de Enfermagem no atendimento ao homem idoso, permitindo identificar as especificidades existentes entre os modos de ser, as relações inter e transculturais existentes, os modelos de masculinidades dos quais os homens estão circunscritos, as terapêuticas que lhe são mais coerente e mais facilmente acolhidas e os impactos, repercussões e dificuldades que os cercam, na busca por conviver de maneira sadia e menos deletéria possível com as doenças crônicas.

Este estudo foi realizado sobre o emprego de uma técnica única de coleta de dados, que pode limitar o aprofundamento do fenômeno investigado. A coleta dos dados ocorreu com os participantes em cenários distintos e em níveis de atenção à saúde e complexidade diversificados, o que também pode influenciar na apreensão do material empírico, o que configurou nas limitações deste estudo.

As contribuições deste estudo estão concentradas na prospecção do avanço do conhecimento científico e da prática de Enfermagem gerontológica, no campo do envelhecimento e saúde, tal como da aproximação com os marcadores socioatropológicos da experiência da doença e das masculinidades, junto à produção do cuidado de Enfermagem à saúde de homens. Os achados deste estudo podem contribuir também com: a) o aprofundamento sobre a tipologia das práticas de cuidado masculinas na velhice; b) redirecionamento das linhas de cuidado em Enfermagem e saúde no âmbito das Doenças Crônicas Não Transmissíveis; c) no delineamento da prática clínica e da gestão dos serviços de Enfermagem e saúde na rede de atenção à saúde; d) na ampliação e no fortalecimento da investigação e inserção das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde - PICS, no fazer profissional nos serviços e e) no direcionamento para a valorização dos saberes populares junto aos saberes biomédicos.

Conclusão

A praxiologia do cuidado de saúde dos homens esteve configurada pelo desenvolvimento de aprendizados e aquisições de habilidades específicas sobre a doença crônica; reeducação familiar; adesão às terapêuticas tradicionais face a utilização dos fitoterápicos, de saberes ancestrais e populares; a promoção de atividade física e repouso; o controle de modificações nos órgãos e no corpo e a promoção do bem-estar psicológico e a superação do sofrimento.

As práticas de cuidado estão constituídas a partir das vivências masculinas na experiência do adoecimento crônico pela Diabetes Mellitus e a Hipertensão Arterial, que ao seu modo, implicam em mobilizações das masculinidades ao encontro de atos, atitudes, ações direcionadas à convivência

com a doença, o seu enfrentamento e a significação a partir das oportunidades e dos acessos que estão disponíveis no território.

Agradecimento

Os autores não receberam financiamento para esse estudo.

Referências

1. WHO. Noncommunicable diseases: Key facts. WHO, 2020. Disponível em: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
2. Santos Robson Nogueira Costa, Bellato Roseney, Araújo Laura Filomena Santos de, Almeida Karla Beatriz Barros de, Souza Ítala Paris de. Lugares do homem no cuidado familiar no adoecimento crônico. Rev. esc. enferm. USP, 2018; 52: e03398. <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2017046703398>.
3. WHO. NCD Global Monitoring Framework: Ensuring progress on noncommunicable diseases in countries. WHO; 2020. Disponível em: https://www.who.int/nmh/global_monitoring_framework/en/
4. Separavich MA, Canesqui AM. Masculinidades e cuidados de saúde nos processos de envelhecimento e saúde-doença entre homens trabalhadores de Campinas/SP, Brasil. Saude soc. 2020;29(2)30. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902020180223>
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
6. Queiroz TS, Rehem TCMSB, Stival MM, Funghetto SS, Lima LR, Cardoso BG, et al. Como homens idosos cuidam de sua própria saúde na atenção básica? Rev. Bras. Enferm. 2018; 71(Suppl 1): 554-61. Doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0131>
7. Coelho JS, Giacomini KC, Firmo JOA. O cuidado em saúde na velhice: a visão do homem. Saude soc. 2016; 25(2):408-21. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902016142920>.
8. Sousa AR, Vergara OJ, Mota TA, Silva RS, Carvalho ESS, Teixeira, JRB, Pereira A. Vivências de homens em adoecimento crônico no cuidado à saúde: implicações para a assistência de enfermagem. REVISA. 2020; 9(2): 212-21. Doi: <https://doi.org/10.36239/revisa.v9.n2.p212a221>
9. Martin D, Spink MJ, Pereira PPG. Corpos múltiplos, ontologias políticas e a lógica do cuidado: uma entrevista com Annemarie Mol. Interface comunicação saúde educação 2018; 22(64):295-305. Doi: <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0171>
10. Lefevre F, Lefevre AMCavalca. Discurso do sujeito coletivo: representações sociais e intervenções comunicativas. Texto contexto-enferm. 2014; 23(2): 502-7. Doi: <https://doi.org/10.1590/0104-07072014000000014>
11. Mol A. Ontological politics: a word and some questions. In: Law J, Hassard J. Actor network theory and after. Oxford: Blackwell Publishing; 1999.
12. Mol A. The body multiple: ontology in medical practice. Londres: Duke University Press; 2002.

13. Mol A. Who knows what a woman is...On the differences and the relations between the sciences. *Med Anthropol Theory*. 2015; 2(1):57-75.
14. A. The logic of care: health and the problem of patient choice. New York: Routledge; 2008.
15. Martin D, Spink MJ, Pereira PPG. Corpos múltiplos, ontologias políticas e a lógica do cuidado: uma entrevista com Annemarie Mol. *Interface Com. Sau.Edu*. 2018; 22(64):295-305. Doi: <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0171>
15. Queiroz DT, Oliveira AKA, Mota FGA, Esmeraldo GROV, Pedrosa GF, Farias GMN. Living with diabetes mellitus: a man's experience. *Braz. J. of Develop*. 2020;(60):4,16731-16741. DOI: <https://doi.org/10.34117/bjdv6n4-006>
16. Rossaneis MA, Haddad MCFL, Mathias TAF, Marcon SS. Differences in foot self-care and lifestyle between men and women with diabetes mellitus. *Rev. Latinoam. Enferm*. 2016;24:e2761. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1203.2761>
17. Ryan P, Sawin KJ. The individual and family self-management theory: background and perspectives on context, process, and outcomes. *Nurs Outlook*. 2009;57(4):217-25. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2008.10.004>
18. Silva MGC, Domingos TS, Caramaschi Sandro. Hipertensão arterial e cuidados com a saúde: concepções de homens e mulheres. *Psic.Saúde & Doenças*. 2018;19(2):435-452. <https://doi.org/10.15309/18psd190221> .
19. Becker NB, Heleno MG. A eficácia adaptativa em pessoas com Diabetes Mellitus tipo 2. *Bol. Psicol.* [internet]. 2016;(66):145,159-170. Disponível em < http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0006-59432016000200005&lng=pt&nrm=iso >. acessos em 28 dez. 2020
20. Burille A, Gerhardt TE. Doenças crônicas, problemas crônicos: encontros e desencontros com os serviços de saúde em itinerários terapêuticos de homens rurais. *Saude soc*. 2014; 23(2):664-76. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902014000200025>.
21. Santos M.M, Nunes M.G.S, Martins R.D. Uso empírico de plantas medicinais para tratamento de diabetes. *Rev. bras. plantas med*. 2012;14(2):327-34. Doi: <https://doi.org/10.1590/S1516-05722012000200012> .
22. Sousa AR, Alencar DC, Silva AMM, Souza CS, Barros JF, Álvaro P. Hombres, necesidades de salud y motivaciones para la automedicación. *Cultura de los Cuidados*. 2019;5. Doi: <https://doi.org/10.14198/cuid.2019.55.12>
23. Pereira MG, Rodrigues Â, Santos J, Pedras S, Costa V, Marques O et al . Funcionamento sexual, controlo metabólico e qualidade de vida em pacientes com Diabetes Tipo 1 e Tipo 2. *Rev. SBPH [Internet]*. 2014 [citado 2020 Dez 28]; 17(1):70-87. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582014000100005&lng=pt.
24. Viapiana VN, Gomes RM, Albuquerque GSC. Adoecimento psíquico na sociedade contemporânea: notas conceituais da teoria da determinação social do processo saúde-doença. *Saúde Debate*. 2018; 42(Esp. 4): 175-86. Doi: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S414>
25. Hiller M, Bellato R, Araújo LFS. Cuidado familiar à idosa em condição crônica por sofrimento psíquico. *Esc. Anna Nery*. 2011; 15(3): 542-9. Doi: <https://doi.org/10.1590/S1414-81452011000300015>
26. Becker SML, Silva ABB. Representações sociais da hipertensão arterial. *Temas psicol*. 2016;24(3):895-909. Doi: <https://doi.org/10.9788/TP2016.3-07> .

27. Geremias LM, Evangelista LF, Silva RC, Furtado DS, Silveira-Monteiro CA, Freitas CF. Prevalência do diabetes mellitus associado ao estresse ocupacional em trabalhadores bancários, Minas Gerais, Brasil. Rev Cuid. 2017; 8(3):1863-74. Doi: <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v8i3.442>
28. Sousa, AR, Queiroz, AM, Florencio, RMS, Portela PP, Fernandes, JD, Pereira, A. Homens nos serviços de atenção básica à saúde: repercussões da construção social das masculinidades. Rev Bai Enf.2016;30(3):1-10. Doi: <https://doi.org/10.18471/rbe.v30i3.16054>
29. Silva JC, Nasif SS, Sousa AR, Santos SD, Mota TN, Pereira A. Características clínicas de homens atendidos em unidade de pronto atendimento. Rev baiana enferm. 2020;34:e34702. Doi: <https://doi.org/10.18471/rbe.v34.34702>
30. Sousa AR. Produzir cuidado à saúde de homens e suas masculinidades: uma prioridade. REVISA. 2020;9(4):681-4. Doi: <https://doi.org/10.36239/revisa.v9.n4.p681a684>
31. Sousa AR, Vergara OJ, Mota TA, Silva RS, Carvalho ESS, Teixeira, JRB, Pereira A. Vivências de homens em adoecimento crônico no cuidado à saúde: implicações para a assistência de enfermagem. REVISA. 2020; 9(2): 212-21. Doi: <https://doi.org/10.36239/revisa.v9.n2.p212a221>

Autor de Correspondência

Anderson Reis de Sousa
Escola de Enfermagem da Universidade Federal
da Bahia. R. Basílio da Gama, 241.CEP: 40110-
907. Canela. Salvador, Bahia, Brasil.
son.reis@hotmail.com

O que facilita e dificulta a Sistematização da Assistência de Enfermagem na percepção dos enfermeiros das Unidades de Saúde da Família?

What facilitates and hinders the Systematization of Nursing Care in the perception of nurses in family health units?

¿Qué facilita y dificulta la Sistematización de la Atención de Enfermería en la percepción de los enfermeros en las Unidades de Salud de la Familia?

Edyra Damasceno da Costa e Silva¹, Denise Philomene Joseph van Aanholt², Lucia Yasuko Izumi Nichiata³

Como citar: Silva EDC, Aanholt DPJ, Nichiata LYI. O que facilita e dificulta a Sistematização da Assistência de Enfermagem na percepção dos enfermeiros das Unidades de Saúde da Família? REVISA. 2021; 10(2): 336-46. Doi: <https://doi.org/10.36239/revisa.v10.n2.p336a346>

REVISA

1. Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem. São Paulo, São Paulo, Brasil.

<https://orcid.org/0000-0001-6941-8139>

2. Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem. São Paulo, São Paulo, Brasil.

<https://orcid.org/0000-0003-1439-0321>

3. Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem. São Paulo, São Paulo, Brasil.

<https://orcid.org/0000-0001-6515-4404>

Recebido: 24/01/2021
Aprovado: 26/03/2021

RESUMO

Objetivo: analisar os elementos facilitadores e dificultadores na realização da Sistematização da Assistência de Enfermagem e Processo de enfermagem a partir da percepção dos enfermeiros das Unidades de Estratégia Saúde da Família. **Método:** Estudo descritivo-exploratório, de corte transversal e abordagem quantitativa, por meio da aplicação de um questionário auto aplicado. **Resultados:** perfil de profissionais predominantemente do sexo feminino com idade prevalente entre 30-40 anos e um equilíbrio entre tempo de atuação profissional (média 10,7 anos) entre 2-10 anos e maior do que 10 anos, além de uma média de atuação na APS de 8,8 anos, demonstrando uma equipe com boa experiência, o que facilitou a interpretação dos resultados. **Elementos facilitadores:** reconhecimento da importância da realização do Processo de enfermagem sobre o desenvolvimento do raciocínio clínico do enfermeiro, o benefício para o paciente e para a equipe de saúde. **Elementos dificultadores:** falta de linguagem universal padronizada; despreparo do profissional para realização da Sistematização da Assistência de Enfermagem na APS; sobrecarga de atendimentos ao longo do dia; falta de colaboração da equipe durante a consulta, com muitas interrupções; baixa oferta de capacitação sobre Sistematização da Assistência de Enfermagem/Processo de enfermagem pela instituição; baixa valorização da consulta de enfermagem tanto pela equipe, quanto pela população em geral; falta de impressos com diagnósticos e prescrição de enfermagem. **Conclusão:** Para facilitar a implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem/Processo de enfermagem, os enfermeiros referiram que: há a necessidade do conhecimento de Sistematização da Assistência de Enfermagem/Processo de enfermagem pelo enfermeiro, a necessidade de capacitação da equipe pela unidade de saúde, a adoção de linguagem padronizada e a adoção de protocolos.

Descritores: Cuidados de enfermagem; Organização e Administração; Atenção Primária a Saúde; Processos de enfermagem; Legislação de enfermagem.

ABSTRACT

Objective: to analyze the elements that facilitate and hinder the accomplishment of the Systematization of Nursing Care and Nursing Process from the perception of nurses from the Family Health Strategy Units. **Method:** Descriptive-exploratory study, cross-sectional and quantitative approach, through the application of a self-processed questionnaire. **Results:** profile of predominantly female professionals with a prevalent age between 30-40 years and a balance between professional experience (average 10.7 years) between 2-10 years and greater than 10 years, in addition to an average performance in the PHC of 8.8 years, showing a team with good experience, which facilitated the interpretation of the results. **Facilitating elements:** recognition of the importance of carrying out the Nursing Process on the development of the nurse's clinical reasoning, the benefit for the patient and the health team. **Difficult elements:** lack of standardized universal language; unpreparedness of the professional to carry out the Systematization of Nursing Care in PHC; overload of assistance throughout the day; lack of team collaboration during the consultation, with many interruptions; low training offer on Nursing Care Systematization / Nursing process by the institution; low valuation of the nursing consultation by both the team and the population in general; lack of printed forms with nursing diagnoses and prescription. **Conclusion:** To facilitate the implementation of the Systematization of Nursing Assistance / Nursing Process, nurses reported that: there is a need for knowledge of Systematization of Nursing Assistance / Nursing Process by nurses, the need for staff training by the health unit, an adoption of standardized language and an adoption of protocols.

Descriptors: Nursing education; Organization and Administration; Primary Health Care; Nursing Process; Nursing Legislation.

RESUMEN

Objetivo: analizar los elementos facilitadores y obstaculizadores en la realización del Proceso de Sistematización de la Atención y Enfermería desde la percepción de los enfermeros de las Unidades de Estrategia de Salud de la Familia. **Método:** Estudio descriptivo-exploratorio, de abordaje transversal y cuantitativo, mediante la aplicación de un cuestionario autoprosesado. **Resultados:** perfil de profesionales predominantemente mujeres con una edad prevalente entre 30-40 años y un balance entre tiempo de experiencia profesional (promedio 10,7 años) entre 2-10 años y mayor de 10 años, además de un desempeño promedio en la APS de 8,8 años, mostrando un equipo con buena experiencia, lo que facilitó la interpretación de los resultados. **Elementos facilitadores:** reconocimiento de la importancia de la realización del Proceso de Enfermería en el desarrollo del razonamiento clínico del enfermero, el beneficio para el paciente y el equipo de salud. **Elementos difíciles:** falta de lenguaje universal estandarizado; falta de preparación del profesional para realizar la Sistematización de la Atención de Enfermería en la APS; sobrecarga de asistencia a lo largo del día; falta de colaboración en equipo durante la consulta, con muchas interrupciones; baja oferta formativa en Sistematización de la Atención de Enfermería / Proceso de Enfermería por parte de la institución; baja valoración de la consulta de enfermería tanto por parte del equipo como de la población en general; falta de formularios impresos con diagnósticos de enfermería y prescripción. **Conclusión:** Para facilitar la implementación de la Sistematización de la Asistencia / Proceso de Enfermería, las enfermeras informaron que: existe la necesidad de conocimiento de la Sistematización de la Asistencia / Proceso de Enfermería por parte de las enfermeras, la necesidad de capacitación del personal por parte de la unidad de salud, una adopción de lenguaje estandarizado y adopción de protocolos.

Descritores: Atención, Organización y Administración; Atención Primaria de Salud; Procesos de Enfermería; Legislación de Enfermería.

Introdução

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) organiza as atividades da equipe de enfermagem e o fluxo do cuidado, corroborando na prática da atuação da equipe na interdisciplinaridade e atenção ao cuidado de forma humanizada. A SAE também beneficia o estabelecimento de saúde gerando segurança no planejamento, execução e avaliação das condutas do profissional de enfermagem, autonomia para o enfermeiro, reduz tempo de internação e utilização de recursos.¹

A SAE não é exatamente uma novidade. Pode-se dizer que é uma evolução da organização da assistência no hospital de campanha durante a guerra da Criméia, idealizada por Florence Nightingale, no qual preconiza, junto a outras 38 mulheres em 1864, que as enfermeiras deveriam submeter-se a uma organização disciplinar.²

Em nosso país, em 1970, Wanda Horta elaborou o Processo de Enfermagem (PE) composto por cinco etapas: 1) coleta de dados de Enfermagem ou Histórico de Enfermagem; 2) Diagnóstico de Enfermagem; 3) Planejamento de Enfermagem; 4) Implementação do plano e 5) Avaliação de Enfermagem.³

A implementação da SAE, que se realiza por meio do PE, passou a ser exigida com a sua regulamentação a partir de 2002, sendo ela uma metodologia desenvolvida a partir da prática do enfermeiro para sustentar a gestão e o cuidado no processo de enfermagem, ou seja, o enfermeiro deve realizar seu trabalho tendo por base a SAE, que permite organizar e sistematizar a gestão do cuidado, propiciando assistência de melhor qualidade.³⁻⁴

Sob a ótica da resolução 358/2009 do COFEN que determina que a SAE deva ser aplicada em todos os serviços onde haja a atuação da enfermagem, pode-se afirmar que a SAE teve seu início e se expandiu nos serviços hospitalares. Nos parece que a Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil não faz uso de forma habitual e costumeira da SAE. Esta dificuldade pode estar relacionada à tradicional estruturação da SAE e do PE, mais amplamente desenvolvida no atendimento hospitalar e que, tem ancoragem no modelo biologicista.⁵⁻⁷

Exige-se na conformação da APS a ressignificação da SAE, tendo por base os princípios estabelecidos pelo Sistema Único de Saúde para este ponto da rede de atenção que considere a singularidade dos indivíduos que integram grupo familiar e social, grupos estes residentes de um dado território.⁸

Neste sentido, a enfermagem pode sistematizar sua assistência de vários modos, direcionados por modelos gerenciais/assistenciais e, fundamentadas em teorias administrativas, mas, é importante estar claro, que para adaptar os diferentes modelos para realidade de cada instituição de saúde, deve-se pautar sua metodologia baseada em uma estrutura teórica e científica sólida, para assim planejar, organizar e sistematizar os cuidados.⁹

Neste sentido, sendo a SAE uma prerrogativa legal da prática do enfermeiro, seguindo uma premissa de metodologia científica sólida, fica a dúvida sobre como o enfermeiro da APS, especificamente na Unidade de Estratégia Saúde da Família percebe a SAE.

Reconhecendo importância da SAE e PE na APS, este estudo teve por objetivo analisar os elementos facilitadores e dificultadores na realização da Sistematização da Assistência de Enfermagem e Processo de enfermagem a partir da percepção dos enfermeiros das Unidades de Estratégia Saúde da Família

Método

Trata-se de um estudo descritivo-exploratório, de corte transversal e abordagem quantitativa, por meio da aplicação de um questionário auto aplicado.

O estudo foi realizado no município de São Paulo que conta no ano 2021 com 300 de ESF das 464 UBSs sob gestão da Secretaria Municipal da Saúde e cogestão com diferentes Organizações Sociais (OS). Foi eleita a Coordenadoria Oeste, composta por 29 UBSs, sendo 15 de ESF e uma de Equipes de Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS). As UBS que participaram deste têm contrato de gestão com as OSs Associação Saúde da Família (ASF) e Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina (SPDM).

Os sujeitos do estudo foram enfermeiros das UBS da CRS Oeste com ESF, excluindo-se os profissionais que estavam em férias ou afastados por qualquer motivo no período em que se realizou a coleta de dados da pesquisa. Não foi feita a distinção entre enfermeiros e enfermeiros responsáveis técnicos. Os 70 enfermeiros trabalhadores da CRS Oeste do Estado de São Paulo, perfazendo a totalidade da população do estudo, aceitaram a participação no estudo, sendo 46 da supervisão técnica do Butantã e 24 respondentes correspondem à supervisão Lapa/ Pinheiros.

O questionário foi preenchido pelos enfermeiros no período de julho a dezembro de 2019, convidados a participar da pesquisa de forma voluntária pela pesquisadora em reunião de alinhamento das Supervisões Técnicas.

O instrumento utilizado foi um questionário modificado e estruturado, com respostas que caracterizam o profissional enfermeiro a entender melhor o seu relacionamento com a SAE e PE e é composto por uma parte inicial que analisa as características do entrevistado (idade, sexo/gênero, tipo de instituição de ensino, tempo de atuação profissional e tipo de unidade de saúde que atua); uma segunda parte no qual avalia a percepção individual sobre SAE e PE nos aspectos: conhecimento, benefícios e elementos dificultadores ou facilitadores; e uma terceira parte que analisa a percepção individual sobre a situação da SAE e PE na unidade em que o enfermeiro trabalha⁽¹⁰⁾. Para as duas últimas partes, o instrumento possui escala de resposta tipo escala de Likert, considerando cinco níveis de resposta: 1) discordo totalmente, discordo, estou em dúvida, concordo e concordo totalmente; 2) nunca, raramente, algumas vezes, muitas vezes e sempre. No presente estudo, optou-se pela demonstração dos resultados, as respostas que continham essas escalas foram adaptadas para apenas três resultados sendo 1) discordo, neutro e concordo; e 2) nunca, algumas vezes e sempre. Nessas situações, as respostas posicionadas nos extremos seriam unificadas, portanto “discordo totalmente” e “discordo” transformam-se em “discordo”, “concordo totalmente” e “concordo” transformam-se em “concordo”, “nunca” e “raramente” transformam-se em nunca e, por fim, “muitas vezes” e “sempre” transformam-se em “sempre”. Os níveis intermediários das duas escalas mantêm-se com as mesmas classificações, denominadas como “estou em dúvida” e “algumas vezes”.

As respostas foram consolidadas em um banco de dados em Planilha Excel versão 2013 da Microsoft. Os dados foram avaliados por meio de análise descritiva, utilizando distribuição absoluta e relativa das respostas obtidas pelo formulário e foram apresentadas na forma de tabelas e quadros.

O projeto foi aprovado, em 22 de dezembro 2018, pelo CEP – Comissão de Ética e Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde – SMS, da Prefeitura Municipal de São Paulo – PMSP e CEP da EEUSP conforme Resolução do Conselho Nacional de Saúde, através do parecer consubstanciado nº90561718.7.3001.0086.

Resultados

Observa-se predominância do sexo feminino (69,94%), média de idade de 35,9 anos e com tempo médio de atuação profissional de 10,7 anos com média de 8,8 anos de atuação na APS, sendo que, 37,1% dos enfermeiros atuam na APS por mais de 10 anos (Tabela 1).

Tabela 1- Características sociodemográficas do enfermeiro Coordenadoria de Saúde Oeste do Estado de São Paulo. São Paulo, 2019.

Variável	Características	Enfermeiros (n=70)	
		n	%
Idade (Média = 35,9 anos) (24 - 60 anos)	< 30 anos	12	17,1
	30 - 40 anos	45	64,3
	41 - 50 anos	9	12,9
	> 50 anos	4	5,7
Sexo	Feminino	65	92,9
	Masculino	4	5,7
	não respondeu	1	1,4
Tempo de atuação profissional (Média = 10,7 anos) (1 - 35 anos)	até 1 ano	2	2,9
	2 - 10 anos	31	44,3
	> 10 anos	33	47,1
	não respondeu	4	5,7
Tempo de atuação profissional na APS (Média = 8,8 anos) (3 meses - 30 anos)	até 1 ano	5	7,1
	2 - 10 anos	38	54,3
	> 10 anos	26	37,1
	não respondeu	1	1,4
Instituição onde fez a formação profissional	Pública	20	28,6
	Privada	50	71,4
Teve aulas sobre SAE durante a formação profissional	Sim	70	100
	Não	0	0
Curso de Pós-graduação realizado	Não realizou	1	1,4
	Sim - saúde pública	23	32,9
	Sim - saúde coletiva	14	20,0
	Sim - saúde da família	48	68,6
	Sim - Epidemiologia	1	1,4
Realizou Cursos ou treinamento nos últimos cinco anos?	Outros	27	38,6
	Sim	69	98,6
	Não	1	1,4
	Não respondeu	0	0

Dentre os enfermeiros participantes deste estudo, mais de 85% sabem o que é SAE e conhecem o PE e apontaram oito problemas como dificultadores para implementação da SAE e PE com percentual acima de 55% dos respondedores, considerando que as respostas neutras são mais favoráveis a concordância do que a discordância, como pode ser observado no Tabela 2.

Tabela 2- Principais dificultadores elencados para a implementação da SAE e PE. Saúde Oeste. São Paulo, 2019.

Dificultador	Discordo		Neutro		Concordo		Em branco	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Pressão da demanda com excesso de pacientes	16	22,9	5	7,1	49	70,0	0	0,0
Pouca oferta de capacitação sobre SAE/PE por parte da instituição	32	45,7	12	17,1	26	37,1	0	0,0
Interrupções por parte da equipe no momento da consulta de enfermagem prejudicam o desenvolvimento do PE.	12	17,1	10	14,3	47	67,1	1	1,4
Falha do enfermeiro em realizar as o PE	11	15,7	13	18,6	45	64,3	1	1,4
Falta de valorização dos profissionais de saúde em relação a consulta de enfermagem	28	40,0	8	11,4	34	48,6	0	0,0
Falta de valorização da população em relação a consulta de enfermagem	29	41,4	9	12,9	32	45,7	0	0,0
Falta de estrutura adequada para a realização da SAE/PE pela instituição	23	32,9	9	12,9	36	51,4	2	2,9
Falta de familiaridade com as nomenclaturas existentes pelos enfermeiros	19	27,1	16	22,9	35	50,0	0	0,0

Observou-se que praticamente por unanimidade, os profissionais de enfermagem entrevistados afirmaram que a SAE pode trazer benefícios para o usuário do serviço de saúde promovendo a individualização do cuidado e, para a equipe, apoia a organização do processo de trabalho (Tabela 3), mostrando a importância de entender as dificuldades para implementação da SAE/PE nas instituições de saúde para atuar na resolução destas dificuldades.

Tabela 3 - Distribuição das respostas dos enfermeiros sobre os benefícios que o uso da SAE e PE podem trazer. Saúde Oeste. São Paulo, 2019.

PERGUNTA	Discordo		Neutro		Concordo		Em branco	
	N	%	N	%	N	%	N	%

A utilização do PE melhora a qualidade da consulta de enfermagem	3	4,3	3	4,3	64	91,4	0	0,0
A implantação da nomenclatura padronizada na consulta de enfermagem favorece a documentação do trabalho do enfermeiro	1	1,4	3	4,3	66	94,3	0	0,0
A execução do PE favorece o desenvolvimento do raciocínio clínico dos enfermeiros	1	1,4	1	1,4	68	97,1	0	0,0
A realização da SAE/PE aumenta a autonomia do enfermeiro em seu processo de trabalho	5	7,1	8	11,4	57	81,4	0	0,0
A SAE e o PE de enfermagem pode trazer benefício para o paciente através da individualização do cuidado	0	0,0	2	2,9	68	97,1	0	0,0
A SAE pode trazer benefícios para equipe através da organização do processo de trabalho	0	0,0	1	1,4	69	98,6	0	0,0

Em contrapartida, analisando as respostas dos enfermeiros em relação ao que pode facilitar a implementação de SAE/PE na unidade de saúde (Tabela 4), fica claro que concordam que há elementos que podem favorecer a implantação da SAE/PE. Quase 100% concorda que quando o enfermeiro tem conhecimento sobre SAE e PE facilita sua implementação e, que ter uma linguagem padronizada facilita a aplicação do PE, assim como adoção de protocolos, oferta de capacitação sobre SAE/PE para equipe e, quando o enfermeiro é envolvido com o trabalho, observando-se um nível de concordância acima de 90% para todas estas questões. Acima de 80% se encontrou concordância relacionado a necessidade de elaboração de impressos com diagnóstico e prescrição de enfermagem como ferramenta facilitadora para aplicação do PE, garantir número adequado de recursos humanos ao preconizado pelo MS e a necessidade da instituição em oferecer espaço para realização de educação permanente. Em menor concordância, mas ainda assim expressiva frente a discordância verificada (68,6% versus 11,4%), se considera importante a existência de prontuário eletrônico como um facilitador para implantação do PE.

Tabela 4 - Distribuição das respostas de acordo sobre a percepção sobre o que poderia facilitar a implementação da SAE e PE na sua unidade de trabalho. Saúde Oeste. São Paulo, 2019.

PERGUNTA	Discordo		Neutro		Concordo		Em branco	
	N	%	N	%	N	%	N	%

A existência de prontuário eletrônico facilita a implantação do PE	8	11,4	13	18,6	48	68,6	1	1,4
A elaboração de um impresso com diagnósticos e prescrições de enfermagem facilita a aplicação do PE	4	5,7	6	8,6	60	85,7	0	0,0
Oferecer capacitações sobre SAE/PE para equipe facilita sua efetivação.	0	0,0	1	1,4	67	95,7	2	2,9
A instituição oferecer espaço para educação permanente para os enfermeiros, com foco em SAE, facilita a aplicação da SAE e PE	6	8,6	8	11,4	56	80,0	0	0,0
A garantia de recursos humanos em número adequado ao preconizado pelo Ministério da Saúde facilita a implementação da SAE e realização do PE na atenção básica	2	2,9	6	8,6	62	88,6	0	0,0
Quando o enfermeiro é envolvido com o trabalho, facilita a implementação da SAE/PE	0	0,0	3	4,3	66	94,3	1	1,4
A adoção de uma linguagem padronizada facilita a aplicação do PE	1	1,4	3	4,3	66	94,3	0	0,0
Adoção de protocolos facilita a implementação da SAE/PE	1	1,4	3	4,3	66	94,3	0	0,0
Quando o enfermeiro tem conhecimento sobre SAE e PE facilita sua implementação	0	0,0	1	1,4	69	98,6	0	0,0

Discussão

Elementos facilitadores

Neste estudo foi possível observar que a maioria não só conhece a SAE como entende sua necessidade conforme a legislação vigente. Em parte, este conhecimento pode estar relacionado ao tempo de ação e formação profissional destacado na Tabela 1.

Os benefícios da SAE são reconhecidos pelos enfermeiros pesquisados, cujo as vantagens são tanto para a equipe quanto que para os usuários e, reforça a importância da implantação da SAE nas unidades de saúde, corroborando com a literatura que relata benefícios em diversos níveis de intensidade, como: relativos a organização de serviços, melhoria na qualidade da assistência, maior autonomia do enfermeiro, maior segurança ao paciente, otimização do tempo do profissional e melhor gestão no processo de qualidade.¹¹⁻¹³

Faz parte de uma boa Gestão a presença de protocolos objetivando otimizar tempo dos profissionais de saúde, bem como garantir uma rotina para implementação da SAE/PE, facilitador observado neste estudo e, recomendado pelo COFEN que publicou em 2018 diretrizes para auxiliar gestores na criação destes protocolos para otimizar o processo de trabalho do profissional de enfermagem.¹⁴⁻¹⁵

O uso de terminologias é fundamental nos dias de hoje, nas comunicações científicas, tecnológicas e profissionais. Dentre a terminologia de enfermagem já existe um número importante de sistemas de classificação que permite uma documentação que considera as etapas do PE.¹⁶

Capacitação e educação continuada e permanente é essencial para viabilizar a utilização da SAE/PE, caso contrário a equipe de enfermagem irá realizar incorretamente o preenchimento dos formulários específicos, dificultando a implementação das ações de recuperação do usuário em atendimento.¹³ Outro aspecto importante e apontado pelos enfermeiros dessa pesquisa como um facilitador para implementação da SAE/PE, é a presença de sistemas informatizados para facilitar a comunicação e, portanto, é essencial a presença de uma linguagem padronizada dentre os processos de gestão.¹⁷

Há mais de 10 anos o Brasil é o país com mais publicações sobre os SIS com terminologias incorporadas, deixando claro que ele está provendo para facilitar a realização do PE de forma informatizada. Na área administrativa a adesão de sistemas eletrônicos já é uma realidade e estes fornecem apoio aos processos de trabalho assistenciais, uma vez que, através do prontuário eletrônico é possível ingressar mais rápido nos problemas de saúde, melhorar de forma efetiva o cuidado por meio de melhor alcance aos resultados dos tratamentos realizados e otimização de recursos dentre outros.¹⁸

Considerando os resultados da pesquisa, considerando principalmente os benefícios da SAE/PE, é fato de que precisa existir um esforço do setor da atenção à saúde para que o SAE seja implantado em nosso país. Em São Paulo o COREN-SP tem realizado ações junto aos serviços de saúde para implementação da SAE, através da Resolução COFEN 358/2009, que dispõe sobre a implementação da SAE em todos os ambientes em que ocorre os cuidados de enfermagem, seja público ou privado.^{13,19}

Elementos dificultadores

Estudo realizado por Salvador et al (2017), afirma que a SAE é implantada parcialmente na maioria das instituições de saúde brasileiras e, as causas estão relacionadas a déficit organizacional, sobrecarga laboral, pouca valorização cultural da SAE, falta de hábito e dificuldade para aquisição de habilidade, além da resistência de se trabalhar com novas metodologias.²⁰

Segundo Costa & Silva 2018, mesmo sendo compulsória a utilização da SAE pelos órgãos legislativos de competência de enfermagem, ela ainda não é uma realidade em nosso país e, apesar de estar presente na grade de ensino, a implementação da SAE dentre os serviços de saúde no Brasil ainda estão abaixo do que é estabelecido pela legislação de enfermagem. Os impedimentos encontrados são a sobrecarga de trabalho, baixo número de enfermeiros que por sua vez, priorizam as atividades burocráticas e administrativas, dificultadores também encontrados nesta pesquisa.⁹

A baixa valorização da consulta de enfermagem pelos profissionais de saúde e a população é um aspecto importante a se avaliar na gestão, por outro lado, a SAE é um meio de reconhecimento e valorização profissional do enfermeiro. A incorporação dos conhecimentos da área administrativa foi interessante para influenciar a sistematização dos cuidados de enfermagem nas unidades de trabalho e valorizar a atuação do profissional de enfermagem.¹³

A falta de familiaridade com as nomenclaturas foi levantada como um ponto dificultador, apesar de menor proporção, questão também encontrada em outras pesquisas de mesma temática. Acredita-se assim, que padronizar a linguagem para a SAE é importante e, deve-se compartilhar esta implantação com toda equipe de enfermagem para facilitar a execução do processo e obter melhor aceitação sobre as mudanças seguindo a dinâmica de cada instituição de saúde.²¹

Não menos importante, é a necessidade de manter uma equipe em número adequado para realização do SAE/PE de forma efetiva, seguindo a Resolução COFEN 293/2004, que estabelece parâmetros para dimensionamento de pessoal a ser seguido por cada instituição de saúde, para assim implementar a SAE de forma a não sobrecarregar a equipe de saúde.^{13,18}

Um pilar essencial para a realização da SAE é pensar também em aspectos que tratam da infraestrutura dos serviços, segundo Assunção & Pimenta (2020), nem sempre os serviços de saúde conseguem adequar infraestrutura e ambiente em geral para propor um desenvolvimento adequado das atividades desta equipe.²²

Conclusão

Os resultados desta pesquisa mostraram um perfil de profissionais predominantemente do sexo feminino com idade prevalente entre 30-40anos e um equilíbrio entre tempo de atuação profissional (média 10,7 anos) entre 2-10 anos e maior do que 10 anos, além de uma média de atuação na APS de 8,8 anos, demonstrando uma equipe com boa experiência, o que facilitou a interpretação dos resultados.

Os elementos facilitadores: reconhecimento da importância da realização do PE sobre o desenvolvimento do raciocínio clínico do enfermeiro, o benefício para o paciente e para a equipe de saúde.

Para facilitar a implementação da SAE/PE na unidade de saúde, muitos foram relatados, com maior ênfase para: necessidade do conhecimento de SAE/PE pelo enfermeiro, necessidade de capacitação para equipe pela unidade de saúde, adoção de linguagem padronizada e adoção de protocolos.

Analisando os itens referidos como dificultadores para a implementação da SAE, destacam-se: falta de linguagem universal padronizada; despreparo do profissional para realização da SAE na APS; sobrecarga de atendimentos ao longo do dia; falta de colaboração da equipe durante a consulta, com muitas interrupções; baixa oferta de capacitação sobre SAE/PE pela instituição; baixa valorização da consulta de enfermagem tanto pela equipe, quanto pela população em geral; falta de impressos com diagnósticos e prescrição de enfermagem.

Referências

1. Santos WN. Systematization of nursing care: the historical context, the process and obstacles to deployment. *J. Manag. Prim Health Care*, 2014; v.5 n.2 p.153-8.
2. Turkiewicz, Maria. História da Enfermagem. ETECLA . Paraná, ETECLA, 1995.
3. Hermida PMV & Araújo IEM. Sistematização da Assistência de Enfermagem: subsídios para implantação. *Rev Bras Enferm.* 2006 set-out; 59(5): 675-9
4. Oliveira APC, Coelho MEAA, de Almeida VCF, Lisboa KWSC, Macêdo ALS. Sistematização da assistência de enfermagem: implementação em uma unidade de terapia intensiva. *Fortaleza: Revista Rene.* 2012; v. 13(3): 601-612
5. Foschiera, F.,; Vieira, C. S. O Diagnóstico de enfermagem no contexto das ações de enfermagem: percepção dos enfermeiros docentes e assistenciais. *Revista Eletrônica de Enfermagem.*, Goiânia. 2004; , v. 6(, n. 2);, p. 189-198,
6. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN-358/2009. Dispõe sobre a sistematização da assistência de enfermagem e a implementação do processo de enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Brasília, DF: COFEN, 2009. Disponível em http://cofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009_4384.html
7. Neves RS, Shimizu HE. Análise da implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem em uma unidade de reabilitação. *Rev. Bras. Enferm.* [online], 2010; vol.63(2):222-229. ISSN 0034-7167. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672010000200009>.
8. Rocha SMM, Almeida MCP. O Processo de Trabalho da Enfermagem em Saúde Coletiva e Interdisciplinaridade. *Rev. latinoam. enferm.* [internet]. 2000; 8(6):96-101. <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v8n6/12354.pdf>
9. Costa AC, da Silva JV. Nurses' social representations of nursing care systematization. *Rev Enf Ref [Internet]*. 2018 Mar; serIV(16): 139-146. <https://doi.org/10.12707/RIV17069>
10. Caballero SPOS. Sistematização da assistência de enfermagem na Atenção Primária em Saúde: Diagnóstico situacional na perspectiva de profissionais de enfermagem. São Paulo. Tese [mestrado]- Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo:2020
11. Reis GS, Reppetto MA, Santos LSC, Devezas AMLO. Sistematização da assistência de enfermagem: vantagens e dificuldades na implantação. *Arq. méd. hosp. Fac. Ciênc. Méd. Santa Casa São Paulo.* [Internet]. 2016 ;61:128–32.
12. Alencar IGM, Nunes VS, Alves AS, Lima SLR, Melo GKM, Santos MAF. Implementação e implantação da sistematização da assistência de enfermagem. *Rev. enferm. UFPE on line.* [Internet]. 2018 [acesso em 2020 dez 01];12(4):1174–8.
13. Sousa BVN, Lima CFM, Félix NDC, Souza FO. Benefícios e limitações da sistematização da assistência de enfermagem na gestão em saúde. *J. nurs. health.* 2020;10(2):e20102001
14. Mola R, Dias ML, Costa JF, Fernandes FECV, Lira GG. Conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre a sistematização da assistência de enfermagem. *J. res. fundam. care.* Online. 2019 jul/set; v. 11(4): 887-893
15. Cubas MR, Nichiata LYI. Experiências na aplicação de sae na aps na família. In: Fracolli AL, Padoveze MC, Soares CB. *Tecnologias de sistematização da*

assistência de enfermagem a famílias na atenção primária à saúde. São Paulo: EE USP, 2020. Cap. 10, p.157-168.

16. Albuquerque LM, Cubas MR. Cipescando em Curitiba: Construção e Implementação da Nomenclatura de Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem na Rede Básica de Saúde. Curitiba-PR, 2015.

17. Sanson G, Vellone E, Kangasniemi M, Alvaro R, D'Agostino F. Impact of nursing diagnoses on patient and organisational outcomes: a systematic literature review. *J Clin Nurs*. 2017 Dec;26(23-24): 3764-3783. doi: 10.1111/jocn.13717. Epub 2017 Feb 23

18. Carvalho CMG, Moro CMC, Cubas MR, Malucelli A. Sistemas de Informação em Saúde que integram terminologias de enfermagem: uma revisão de literatura. *J. Health Inform*. 2012 Abril-Junho; 4(2): 50-4

19. Barros ALBL, Lopes JL, Silva RCG. Classificações de linguagem em enfermagem. In: Coren-SP. Processo de enfermagem: guia para a prática. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. São Paulo-SP: Coren-SP; 2015. cap. 4, p. 63-83

20. Salvador PTCO, Rodrigues CCFM, Bezerril MS, Ferreira LL, Chiavone FBT, Virgilio LA et al. Percepções de profissionais de enfermagem acerca da integração do técnico de enfermagem na sistematização da assistência. *Esc Anna Nery*. 2017; 21(2):e20170035

21. Krauzer IM, Adamy EK, Ascari RA, Ferraz L, Trindade LL. Neiss M. Sistematização da assistência de enfermagem na Atenção básica: o que dizem os enfermeiros? *Ciencia y enfermeria*. 2015; XXI (2): 31-38

22. Assunção AA, Pimenta AM. Satisfação no trabalho do pessoal de enfermagem na rede pública de saúde em uma capital brasileira. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2020; 25(1): 169-180.

Autor de Correspondência

Denise Philomene Joseph van Aanholt
Av. Dr. Enéas Carvalho de Aguiar, 419. CEP: 05403-000.
Cerqueira César. São Paulo, São Paulo, Brasil.
deanholt@gmail.com

Mutação de novo no gene DEAF1 e sua relação com o autismo: estudo de caso

De novo mutation in the DEAF1 gene and its relation to autism: a case study

Mutación de nuevo en el gen DEAF1 y su relación con el autismo: estudio de caso

Patrícia Fonseca Estrada¹, Camila Tavares²

Como citar: Estrada PF, Tavares C. Mutação de novo no gene DEAF1 e sua relação com o autismo: estudo de caso. REVISA. 2021; 10(2): 347-57. Doi: <https://doi.org/10.36239/revisa.v10.n2.p347a357>

REVISA

1. Universidade Paulista, Instituto de Ciências da Saúde. Brasília, Distrito Federal, Brasil.

<https://orcid.org/0000-0002-2871-8992>

2 Universidade Paulista, Instituto de Ciências da Saúde. Brasília, Distrito Federal, Brasil.

<https://orcid.org/0000-0003-0667-4412>

Recebido: 19/01/2021
Aprovado: 22/03/2021

RESUMO

Objetivo: Analisar as implicações, impactos e o desenvolvimento de um indivíduo diagnosticado com TEA e portador da mutação de novo no gene DEAF1, a partir das várias perspectivas de intervenções realizadas. **Método:** Trata-se de um estudo descritivo com histórico dos tratamentos, resultados laboratoriais e genéticos mais recentes do paciente. **Resultados:** Sintomas notados aos 2 anos e diagnóstico específico aos 5. Aos 8 anos teve a primeira crise convulsiva tônico-clônica e o Eletroencefalograma alterado. Após obteve o diagnóstico molecular confirmado. Possuía epilepsia refratária de difícil controle, que houve piora com uma tentativa do uso de derivados canabinoides em conjunto com estimulação elétrica transcraniana. No momento, com os tratamentos, atendimentos multidisciplinares, dieta de exclusão de alérgenos e medicações de controle individual, diminuíram a intensidade das crises epiléticas e houve melhor controle do seu estado geral. **Conclusão:** Este estudo descreve como a mutação de novo no gene DEAF1 está relacionada com o TEA e com o comprometimento do desenvolvimento neurocognitivo. As terapias e métodos devem respeitar cada paciente na sua individualidade.

Descritores: Cromossomos Humanos Par 11; Mutação Pontual; Transtorno do Espectro Autista.

ABSTRACT

Objective: To analyze the implications, impacts and development of an individual diagnosed with ASD and carrying a de novo mutation in the DEAF1 gene, from the various perspectives of interventions performed. **Method:** This is a descriptive study, with the patient's history of treatments, and most recent laboratory and genetic results. **Results:** Symptoms were noticed at 2 years old and specific diagnosis at 5. At 8 years old he had his first tonic-clonic seizure and the electroencephalogram was altered. After, it was obtained the confirmed molecular diagnosis. He had refractory epilepsy that was difficult to control and aggravated with an attempt to use cannabinoid derivatives in conjunction with transcranial electrical stimulation. At the moment, treatments, multidisciplinary care, allergen exclusion diet and individual control medications, reduced the intensity of epileptic seizures and there was better control of his general condition. **Conclusion:** This study describes how the de novo mutation in the DEAF1 gene is related to ASD and neurocognitive development impairment. Therapies and methods must respect each patient in their individuality.

Descriptors: Chromosomes Human Pair 11; Point Mutation; Autism Spectrum Disorder.

RESUMEN

Objetivo: Analizar las implicaciones, impactos y desarrollo de un individuo diagnosticado de TEA y portador de una mutación de novo en el gen DEAF1, desde las distintas perspectivas de las intervenciones realizadas. **Método:** Este es un estudio descriptivo, con el historico de tratamientos del paciente y los resultados genéticos y de laboratorio más recientes. **Resultados:** Los síntomas se notaron a los 2 años y el diagnóstico específico a los 5. A los 8 años tuvo su primera crisis tónico-clónica y se alteró el electroencefalograma. Posteriormente se obtuvo el diagnóstico molecular confirmado. Tenía epilepsia refractaria que era difícil de controlar y se agravaba con un intento de utilizar derivados cannabinoídes junto con estimulación eléctrica transcranial. En el momento, los tratamientos, la atención multidisciplinar, la dieta de exclusión de alérgenos y los medicamentos de control individual, redujeron la intensidad de las crisis epiléticas y hubo un mejor control de su estado general. **Conclusión:** Este estudio describe cómo la mutación de novo en el gen DEAF1 se relaciona con el TEA y el deterioro del desarrollo neurocognitivo. Las terapias y los métodos deben respetar a cada paciente en su individualidad.

Descriptor: Cromosomas par humano 11; Mutación puntual; Trastorno del Espectro Autista.

ORIGINAL

Introdução

O autismo é um espectro de desordens fenotípicas de origem multifatorial, envolvendo componentes genéticos e ambientais. Por ser qualificado com fenótipos distintos do neurodesenvolvimento é considerado como transtorno do espectro autista (TEA).¹

Freqüentemente apresenta outras condições associadas, incluindo depressão, epilepsia, ansiedade, transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH). Algumas crianças com TEA deixam de falar e perdem certas habilidades sociais já adquiridas por volta dos 12 aos 24 meses.²

Algumas condições de risco incluem infecções e o uso de determinados medicamentos durante a gestação, baixo peso ao nascer, ter um irmão com TEA, pais mais velhos, ter certos requisitos genéticos como síndrome de Down, síndrome do X frágil, síndrome de Rett dentre outros. Estima-se que o TEA seja hereditário em cerca de 50 a 90% dos casos, o que demonstra a importância dos fatores genéticos na patogênese da doença. A maioria dos casos de TEA é idiopática e, aparentemente, devido a padrões complexos de herança genética.¹⁻³

Entretanto, outros casos de TEA apresentam mutações raras com grande efeito deletério sobre o desenvolvimento neuronal. Apenas uma única mutação de alto risco é associada a uma alta penetrância genética. Nesses casos, quando a mutação não foi herdada de nenhum dos pais, mas desenvolvida durante a formação de gametas ou zigótica, sendo exclusivo do filho, é chamada de mutação “*de novo*”.^{4,5}

O gene *DEAF1* codifica um fator de ligação transcricional, é altamente expresso no sistema nervoso central e é um regulador do receptor de serotonina 1A receptor (5HT1A). O gene transcrito mais longo resulta em polipeptídios de 565 aminoácidos, que é fundamental para a regulação transcricional das sinapses serotoninérgicas. As mutações descritas no gene *DEAF1* já foram associadas à dislexia, convulsões, infecções recorrentes, câncer, epilepsia, diabetes *mellitus* tipo 1, TEA, comprometimento da fala e no desenvolvimento intelectual.⁵⁻⁷

Até o momento não existe um marcador biológico para o TEA, por se tratar de um transtorno multifatorial, e, da mesma forma, uma terapia que reverta completamente seus sintomas. A maior parte dos tratamentos para os sintomas centrais do TEA baseiam-se em intervenções comportamentais e cognitivas.⁸

Diante disso, as mutações *de novo* no gene *DEAF1* são pouco descritas na literatura científica, sendo a grande maioria dos estudos publicados em outros países e apenas recentemente têm sido mostrado os seus impactos na saúde humana. Nesse sentido, o objetivo desse trabalho foi relatar as implicações e impactos da mutação *de novo* no gene *DEAF1*, assim como os tratamentos e o histórico clínico de um paciente do sexo masculino, com 11 anos de idade, no transtorno de espectro autista.

Método

O estudo foi realizado no período de março a novembro de 2019. Para a obtenção de dados, as informações do paciente foram coletadas por meio de entrevista semiestruturada com a mãe da criança. Os dados obtidos foram

analisados a partir do histórico familiar pré-natal até o momento da entrevista, a partir de resultados de exames laboratoriais, genéticos, imagens e tratamentos utilizados. Dados retrospectivos foram observados como método de análise das características fisiopatológicas e comprometimentos da evolução do caso.

Ressalta-se que todos os exames, condutas e prescrições analisadas foram solicitados por médicos responsáveis pelo tratamento do paciente e os procedimentos e terapias foram acompanhados por equipe multiprofissional. As informações contidas neste artigo têm como objetivo a interpretação individual do caso descrito para fins acadêmicos e não se destina a ser interpretadas como aconselhamento médico generalizado. Apenas os médicos responsáveis para cada caso podem diagnosticar doenças e prescrever tratamentos e medicamentos.

O estudo teve todos os procedimentos éticos exigidos pela Resolução CNS 466/2012 cumpridos e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Paulista (UNIP), Campus Indianópolis - SP, número 3.425.613 - CAAE 15143519.5.0000.5512. O termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi assinado pela responsável por livre e espontânea vontade antes da realização da entrevista.

Resultados

A criança em estudo é do sexo masculino, com 11 anos, vive com os pais e um irmão neurotípico de 13 anos. O diagnóstico primário de autismo foi aos 2 anos e 5 meses de idade e o diagnóstico específico aos 5 anos.

Os pais são saudáveis e não consanguíneos, apresentaram dois abortos espontâneos depois do nascimento do primogênito e antecedentes a gestação do paciente. Não possuem casos relevantes de doenças neurocognitivas no histórico familiar.

Desenvolvimento e primeiros sintomas de TEA

Durante a gravidez a mãe teve diabetes gestacional, o parto foi cesariana e foi realizada a manobra de Kristeller. O teste de Apgar 9/10, teve icterícia grave ABO e descobriram a diferença de tipagem sanguínea depois do nascimento (paciente é B+ e a mãe O+). O bebê não necessitou de incubadora ou oxigênio e não apresentou doença infecciosa. Peso ao nascer: 3600g, Comprimento ao nascer: 50cm, Perímetro cefálico: 36cm.

Amamentou exclusivamente até os 5 meses e não recebeu complementos ou fórmulas antes dos 6 meses de idade. Alimentos foram introduzidos com 5 meses, e amamentou até aos 2 anos de idade. Ergueu a cabeça aos 3 meses, engatinhou com cerca de 8 meses, andar com 1 ano e plenamente equilibrado com 1 ano e 4 meses.

Apresentou oralidade antes dos 18 meses de idade e desde os dois anos faz fonoterapia ininterrupta. A expressividade oral dele é realmente uma parte não elucidada do diagnóstico, possuía a fala e aos poucos foi perdendo essa aptidão. A febre melhora a sua expressão oral, especialmente a febre alta, pois voltou a falar por uma semana inteira após um episódio de febre. Quanto mais alta, maior a melhora do quadro geral. Inclusive depois da epilepsia.

Desde bebê acordava chorando excessivamente durante a noite. O acordar noturno só parou com os anticonvulsivantes, essa condição chama-se “terror noturno”, é uma atividade anormal do sono e faz parte de uma categoria de manifestações noturnas conhecida por parassonia. Cessou com o episódio ao iniciar a Dieta da Síndrome de Sistema Digestivo e Psicologia (GAPS), mas ainda acordava à noite, eufórico e interagindo por horas. Esse padrão continuou até o início dos quadros epiléticos, a partir de então a dieta não surtiu mais efeito benéfico.

O contato visual alternou a partir das crises epiléticas, inclusive desenvolveu um leve estrabismo. Apresenta comportamentos auto lesivos e só parou de bater a cabeça excessivamente após 6 meses com a inclusão da dieta sem glúten, sem caseína e com os anticonvulsivantes. Possui alterações da marcha, comportamento hiperativo e estereotípias. Ganhou o controle do esfíncter uretral com cerca de 7 anos após tratamento de quelação feita nos Estados Unidos e ainda não possui controle do esfíncter do canal anal. Porém, com o período de 100 convulsões diárias o controle uretral foi perdido.

Possui tolerância maior a dor, em momentos onde ocorre uma piora do quadro geral essa tolerância é mais acentuada. A febre melhora a sua expressão oral, especialmente a febre alta. Mas raramente (antes dos anticonvulsivantes) ficava doente ou tinha febre. A mãe descreve claramente uma melhoria das habilidades de comunicação oral em eventos de febre e inflamação, como infecções. E relata que a criança voltou a falar por uma semana inteira após um episódio de febre. Quanto mais alta, maior a melhora do quadro geral. Inclusive depois da epilepsia. Atualmente as convulsões e crises de ausência são diárias e com intervalos de 20 minutos.

Os sintomas do autismo começaram a ser notados aos 2 anos e 4 meses, pela professora do ensino infantil. A mãe relata a regressão progressiva na fala desde que ele entrou na escola, com 1 ano e 11 meses. Aos 2 anos e 5 meses teve o diagnóstico de Transtorno Invasivo do Desenvolvimento (TID), onde começou a apresentar movimentos estereotipados e aos 3 anos cessou a fala após um período de regressões das habilidades de comunicação.

Aos 5 anos foi observado crises de ausência e espasmos, com intervalos de até 20 dias entre uma crise e outra, mas sem alterações no Eletroencefalograma (EEG). Diagnóstico específico de autismo (CID 10 - F84.1) foi dado aos 5 anos por um Neuropediatra. Aos 8 anos e 9 meses, teve a primeira crise convulsiva tônico-clônica, o EEG alterado e com lentificação do ritmo de base. Um aspecto notável de sua epilepsia são que os eventos começaram após a estimulação elétrica transcraniana e o controle de crises piorou com o uso de derivados canabinóides.

Diagnóstico molecular

Devido à epilepsia refratária de difícil controle, que na época já estava com muitas crises diárias, foram encaminhados a um geneticista e em janeiro de 2018 fizeram o Sequenciamento Completo do Exoma (SCE). O diagnóstico da mutação foi realizado por meio do SCE, realizado em laboratório particular, com método de captura de exons com Agilent SureSelect Clinical Research Exome V2®, seguida por sequenciamento de nova geração com Illumina HiSeq®. Alinhamento e identificação de variantes utilizando protocolos de bioinformática, tendo como referência a versão GRCh37 do genoma humano. Foi

identificada, em heterozigose, no gene *DEAF1* (Deformed epidermal autoregulatory factor 1, homolog, OMIM 602635) a variante Chr11:681.080 C>G (ou alternativamente c.880 G>A - ENST00000382409), promovendo a substituição do aminoácido valina na posição 294 por leucina (p. Val294Leu), mutação missense. Esta variante não foi previamente descrita na literatura médica e está ausente entre cerca de 140 mil indivíduos da população mundial.

A combinação do mecanismo molecular, características da região onde ela se encontra e a correlação deste gene com os sintomas clínicos, sugerem que esta variante seja provavelmente patogênica. Adicionalmente, a variante p.Valina 294Leucina foi confirmada por sequenciamento pelo método Sanger no paciente, mas não está presente em seus genitores. Esta variante foi classificada então como evento mutacional "*de novo*", desta forma, reforçando seu caráter deletério.

Fatores socioambientais

Começou a frequentar a escola com 1 ano e 11 meses e frequentou aproximadamente até os 3 anos e 5 meses de idade, retornou aos 7 anos para a classe de transtornos globais do desenvolvimento (TGD). Em casa estão trabalhando na alfabetização em paralelo, conteúdos básicos de ciências, geografia e psicomotricidade. Realizaram treinamentos on-line no Autism Treatment Center of America e seguem a forma terapêutica Son-Rise®, uma terapia domiciliar para crianças com espectro autista. A equoterapia, skate e natação foram interrompidos em decorrência das crises epiléticas e descontinuaram com a Terapia Ocupacional ao longo dos anos. Atualmente, após um controle das crises, tem atendimento por psicólogo, fonoaudiólogo, psicopedagogo, terapia intermediada com animais, psicomotricidade e arte terapia. No total, incluindo às duas horas diárias que passa na escola, são cerca de 40 horas de estimulação semanal.

Possui restrições alimentares ao glúten, caseína, soja, açúcar, Maltodextrina, fermento químico, repolho roxo, café, carne de porco, corantes, cacau, amêndoa, coco, feijões, peixe, gengibre e arroz branco. Também evitam hortelã, menta e grandes doses de laranja, por causa da epilepsia. Os pais observaram que com a exclusão dos alérgenos houve uma melhor resposta do quadro geral. Possui refluxo gastroesofágico desde o primeiro mês de vida e até os 8 meses foi constante.

Tratamentos não efetivos / parcialmente efetivos

Todos os tratamentos estão dentro de protocolos terapêuticos para o TEA e epilepsia e foram recomendados por médicos especialistas, assim como as observações clínicas.

- Terapia injetável de ativação de macrófagos (GcMaf) para restaurar o sistema imunológico, mas houve aumento das crises de ausência.
- Dióxido de cloro para promover desintoxicação de bactérias. No início do tratamento houve uma melhora na cognição e diminuição da hiperatividade, mas aumentou as crises de ausência.
- Nistatina para *Candida albicans*, o deixou mais hiperativo.

- Protocolo SCIA – Ibuprofeno, para promover a diminuir a inflamação cerebral e a replicação viral, não houve reações adversas ou melhoras.
- Ozonioterapia retal endovenoso, obter melhora no sistema imunológico, houve hiperatividade e rápida intoxicação.
- Enzimas Digestivas e lactobacilos, para melhorar a microbiota intestinal. Não houve alterações significantes e o exame coprológico continuou acusando comidas mal digeridas.
- Carnosina, para melhora da oralização e do sistema nervoso central, não foi observado nenhum benefício.
- Carnitina, reparar o metabolismo da energia celular, também sem alterações.
- Ômega 3 para ação antiinflamatória, o paciente ficou mais hiperativo e com rápida intoxicação.
- Metil-B12 injetável, melhorar a cognição e prevenir o estresse oxidativo. Ficou mais comunicativo, mas a melhora foi irrelevante.
- REAC - terapia com ondas eletromagnéticas, para otimizar a resposta do sistema nervoso por meio do uso de correntes rádio elétricas assimétricas tornando possível a otimização Neuro-Psico-Física Relacional. Houve leve melhora na cognição, mas piorou os espasmos.
- Ding Xian Wan - Fitoterapia Chinesa, utilizado para conter convulsões e epilepsia. Por um mês ficou calmo, depois autoagressivo por 15 dias.
- Homeopatia complexa Houston, melhorar o sistema imunológico. Ficou menos hiperativo, mas durante a quelação homeopática da vacina pólio teve febre e ficou prostrado.
- Neocate® fórmula alimentar infantil. Com 3 doses ficou espasmódico e hiperativo, parecia convulsionar.
- Implante de células tronco hematopoiéticas com Implante de Plasma rico em plaquetas, integrado com a Estimulação Magnética Transcraniana, finalidade de minimizar os sintomas comportamentais do TEA. Voltou do implante espasmódico e após um mês teve a primeira crise tônico clônica e iniciou a epilepsia de difícil controle.
- Canabidiol sem THC - Associado com o Depakene®, minimizar sintomas comportamentais e epilepsia. Ficou mais hiperativo e com cerca de 1 mês de uso entrou em estado de mal e foi para a UTI.
- Valpakine®, para tratamento da epilepsia e convulsões. Diminuiu as convulsões tônico clônicas, já está dependente e convulsiona se retirarem. Teve anemia grave e diminuíram a dose.
- Acetazolamina, tratamento adjuvante de edema devido à epilepsia. Aumentou a frequência das convulsões.
- Urbanil, para uso ansiolítico. O acelerava por algumas horas após administração do medicamento. Descontinuaram, pois alterou o humor e criou dependência.
- Etossuximina, tratamento para crises de ausência e da epilepsia. Teve mais espasmos e convulsões tônico clônicas.
- Fenobarbital, anticonvulsivante. Autoagressão, dores de cabeça e hiperatividade incontrolável.
- Lamotrigina, adjuvante para o tratamento de crises convulsivas parciais e generalizadas, incluindo crises tônico-clônicas. Hiperatividade após a administração do medicamento e descontinuaram por não surtir efeitos nas convulsões.

- Trileptal®, tratamento da epilepsia e convulsões. Tremor nas mãos, menos coordenação motora fina e sonolência após administração do medicamento.
- Keppra, terapia antiepiléptico. Segurou as convulsões, mas teve dores de cabeça, autoagressão e hiperatividade.
- Vimpat, medicamento adjuvante utilizado no tratamento da epilepsia não controlada. Apresentou priapismo.
- Homeopatia Hydrogenius, auxilia a minimizar sintomas comportamentais e epilepsia. De 100 convulsões passou para 30 por dia, mas depois de uma gripe parou de ter qualquer efeito.
- Homeopatia Hyosciamus, efeito calmante. Melhorou o comportamento e as reações aos anticonvulsivantes, mas depois de um período não houve mais efeito terapêutico.
- 5HTP – Hidroxitriptofano, promover o aumento da produção da Serotonina. Sem reações adversas.

Tratamentos efetivos

Foi observado um melhor controle das crises epiléticas, das convulsões, do sono, da coordenação motora, da hiperatividade, crises de ausência, da digestão e funções gástricas.

- Melatonina, melhorar a qualidade do sono. Passou a adormecer com mais facilidade.
- Citrato de Magnésio, reparar a função neuronal e rigidez muscular. Melhorou a rigidez muscular, os espasmos e utilizam de forma esporádica.
- Quelação (DMSO e EDTA), terapia endovenosa para eliminar metais pesados. Melhora da hiperatividade, dos espasmos e adquiriu o controle dos esfíncteres.
- Implante de Células tronco autólogas adiposas, para minimizar os sintomas comportamentais do TEA. Houve melhora da coordenação motora fina, da taxa de ureia e da cognição. Além da rápida recuperação rápida lipoaspiração.
- Rivotril® e Diazepam utilizam em emergências, em caso de estado de mal ou risco de parada respiratória. O deixa mais relaxado e o tira do *status epilepticus*.
- Zonegran®, medicamento coadjuvante utilizado no tratamento da epilepsia. Diminuiu a quase zero as convulsões diurnas, mas iniciou as convulsões tônico clônicas noturnas. Mais espasmódico durante o dia e sensível ao toque.
- Medicina tradicional chinesas com uso de ervas para reduzir efeitos colaterais do Zonegran®. Diminuiu a quantidade e a intensidade das convulsões noturnas.

Exames laboratoriais

Os resultados de exames laboratoriais do paciente pertinentes ao TEA foram realizados em outubro de 2019. Os valores de referência estão conforme sexo e idade do paciente em estudo (Tabela 1). Outra característica presente, que não é necessariamente do autismo e o acompanha há cerca de 3 anos, é a hiperventilação pulmonar, que foi confirmada no exame de gasometria venosa e no exame de ácidos orgânicos na urina.

Tabela 1 - Exames pertinentes em relação às pessoas com o TEA

Exame	Resultado	Alteração	Valor de referência
Vitamina D3	15,36 ng/mL	Baixo	30 a 60 ng/mL
Vitamina K	0,3 µg/L	Baixo	0,5- 5 µg/L
Vitamina B6	43,5 mcg/L	Estável	5,0 a 30,0 mcg/L
Selênio	64,2 µg/L	Estável	55,0 a 135,0 µg/L
Zinco Sérico	74,00 mcg/dL	Baixo	75,0 a 129,0 mcg/dL
Amônia	96,1 mcg/dL	Alto	19,0 a 60,0 mcg/dl
Ureia	58 mg/dl	Alto	19 a 49 mg/dl
Creatina	37,2mcmol/L	Estável	25 a 69 mcmol/L
Serotonina	80,50 ng/mL	Estável	50,00 a 250,00 ng/mL
Histamina	0,13 µg/dL	Alto	Inferior a 0,11 µg/dl
Enolase Específica	16,76 mcg/L	Alto	Até 18,3 mcg/L
Ceruloplasmina	24,0 mg/dl	Estável	20 a 60 mg/dl
Antiestreptolisina“O”	< 25 IU/mL	Estável	Até 200 IU/mL
Alfa-1 Glicoproteína ácida	64,5 mg/dL	Estável	58 a 155 mg/dL
Ferritina	47,8 ng/dL	Estável	22,0 a 322,0 ng/dL
Ferro Sérico	90 µg/dL	Estável	65 a 175 µg/dL
Ácido Úrico	4,8 mg/dL	Estável	2,0 a 5,0 mg/dL
Glicose 6 Fosfato	13,3 U/g Hb	Estável	> = 6,7 U/g Hb
Homocisteína	7,8 µmol/L	Estável	5,0 a 12,0 µmol/L
Creatinina	0,44 mg/dL	Estável	0,42 a 0,71 mg/dL
Cobre	87,0 mcg/dL	Estável	80,0 a 160,0 mcg/dL
Glicose Jejum	68 mg/dL	Baixo	70 a 99 mg/dL
Cálcio	9,0 mg/dL	Alto	4,0 a 7,0 mg/dL
Fósforo	5,9 mg/dL	Estável	4,0 A 7,0 mg/dL
Magnésio	2,3 mg/dL	Estável	1,3 a 2,7 mg/dL
Potássio	3,9 mEq/L	Estável	3,5 a 5,5 mEq/L
Vitamina B12	514 pg/mL	Estável	180 a 900 pg/dL
Vitamina B1	69,1 mcg/L	Estável	28,0 a 85,0 mcg/L
Vitamina A	53,0 mcg/dL	Alto	26,0 a 49,0 mcg/dL
Lípides Totais	446 mg/dL	Estável	317 a 819 mg/dL
Cortisol	16,28 µg/L	Estável	5,27 a 22,45 µg/L
Biotina	184 ng/L	Baixo	Superior a 200 ng/L
Oxcarbazepina	25,5 mcg/mL	Estável	Nível terapêutico: 13 a 30 mcg/mL
T3 Hormônio Triiodotironina	127 ng/dL	Estável	105 a 207 ng/dL
T4 Hormônio Tiroxina	5,00 mcg/dL	Baixo	5,5 a 12,1 mcg/dL
TSH Tireoestimulante	2,77mcUI/mL	Estável	0,51 a 4,94 mcUI/mL
Fator Reumatoide	< 9,3 IU/mL	Estável	Inferior a 14 IU/mL
FAN - autoanticorpos	NEGATIVO	Estável	NEGATIVO
Fator Necrose Tumoral (TNF)	27,20 pg/mL	Alto	Inferior a 8,1 pg/mL
Interleucina 6	7,30 pg/mL	Alto	Inferior a 3,4 pg/mL
Calprotectina fecal	< 5.00 mcg/g	Estável	Inferior a 50 mcg/g

Fonte: Valores de referência Laboratório Sabin, Brasília, DF, 2019.

Discussão

As variantes *DEAF1 de novo* missense descritas na literatura resultam em um fenótipo inespecífico, mais frequente no sexo masculino, nascidos de pais saudáveis e não consanguíneos. Conforme observado no paciente em questão, as demais também apresentam atraso no desenvolvimento, epilepsia, convulsões, TEA, alto limiar a dor, anormalidades na marcha, na fala, anormalidades gastrointestinais, hiperatividade e distúrbios no sono.⁶ Na literatura também há um relato de caso de microcefalia.⁷

O uso de escalas de avaliação confiáveis e desenvolvidas a partir de pesquisas e sistematizações são úteis, pois dão objetividade à observação sem correr risco de esquecer detalhes. É interessante, em casos de TEA e mutação no gene *DEAF1*, verificar o histórico familiar para outros casos de transtornos de desenvolvimento ou neuropsiquiátricos, pois está consolidada na literatura científica a evidência de que existem associações entre estas condições.⁶⁻⁷ Nesse sentido, o presente estudo foi útil para explicar o histórico do paciente. A intervenção precoce no tratamento consiste em um conjunto de modalidades terapêuticas que visam aumentar o potencial do desenvolvimento fisiológico, social e de comunicação da criança, proteger o funcionamento intelectual pela redução dos danos e melhorar a qualidade de vida. Os pais devem observar a necessidade individualizada de cada criança com o TEA e que esteja de acordo com a sua funcionalidade, pois o tratamento envolve a multidisciplinariedade.^{3,5,9}

O início das crises convulsivas foi observado no paciente com uso de derivados canabinoides, estimulação Magnética Transcraniana, com implante de células tronco hematopoiéticas e Plasma rico em plaquetas. Geralmente essas terapias são utilizadas para a diminuição das crises convulsivas. Além de serem recomendadas para distúrbios do sono, TDAH, ansiedade e outros problemas psiquiátricos.¹⁰ Há uma lacuna sobre tratamentos recomendados e estudos são necessários antes de afirmar qualquer conclusão sobre o potencial terapêutico para prevenir ou amenizar as crises e distúrbios associados ao TEA.¹¹⁻¹²

O uso de ferramentas modernas como análises genéticas, estudo eletroencefalográfico, ressonância nuclear magnética, magnetoencefalografia, tomografia por emissão de prótons (PET), estudos de rede de interação neuronal e análises de neurotransmissores são fundamentais para estabelecer uma associação melhor entre o TEA e a epilepsia. Também possibilitam um diagnóstico preciso e um melhor planejamento da conduta terapêutica.¹³

Marcadores laboratoriais são importantes para conferir o estado geral ou detectar doenças pelo caráter preventivo, além de verificar se os tratamentos utilizados, assim como a terapia nutricional, estão surtindo efeito benéfico no paciente. Os cuidadores devem realizar o acompanhamento do consumo de determinados suplementos relevantes para o desenvolvimento neuronal, tais como Selênio, Serotonina, Zinco dentre outros. Além de verificar níveis de vitamina D3, hormonais e intoxicação pelo uso de medicamentos.¹² Como observado, o paciente deste estudo apresentou modificações em alguns dos exames e estabilidade em outros, mostrando a diversidade clínica em que as pessoas com TEA podem apresentar.⁶

Crianças nascidas de mães com diabetes tipo 1, tipo 2 ou gestacional, têm maior probabilidade de receber um diagnóstico de TEA em comparação com

crianças nascidas de mães sem diabetes durante a gravidez. O diabetes materno, se não for bem tratado, significa hiperglicemia no útero, que aumenta a inflamação uterina, o estresse oxidativo e a hipóxia. Essas condições podem alterar a expressão gênica, atrapalhar o desenvolvimento do cérebro fetal, aumentando o risco de distúrbios do comportamento neural, como o autismo.¹⁰ Outros fatores de risco na gestação estão associados como obesidade, hipertensão, uso de antidepressivos, baixos níveis de vitamina D, idade materna e paterna avançada, tabagismo e exposição à poluição¹⁴, mas esses não foram observados no presente estudo.

Os recém-nascidos que sofrem icterícia, como o paciente desse estudo, têm um risco maior de sofrer autismo. A taxa elevada de bilirrubina é neurotóxica e pode provocar problemas de desenvolvimento em longo prazo. Há probabilidade de que os bebês geneticamente predispostos para o autismo sejam mais vulneráveis a casos mais graves de icterícia.¹⁵

Como também observado no presente estudo, em casos de TEA podem ocorrer alterações no hábito alimentar e associações de sintomas gastrointestinais, como constipação, diarreia, distensão gasosa e dor abdominal. No entanto, trabalhar a terapia dietética de maneira individualizada pode melhorar esses sintomas.¹⁶

Conclusão

Este estudo descreve como a mutação *de novo* no gene *DEAF1* está relacionada com o autismo e com o comprometimento do desenvolvimento neurocognitivo. Diferentes terapias padrão ou alternativa foram utilizadas no paciente, o que resultou em melhora do seu comportamento e na frequência de crises epiléticas. A prática de intervenções dietéticas personalizadas parece favorecer as crianças com TEA e ter ação no sistema nervoso central, como a exclusão de alimentos alergênicos. Ressalta-se a necessidade de intervenções específicas, respeitando a individualidade de cada pessoa e destacando a importância da equipe multidisciplinar, tendo impacto na qualidade de vida do paciente.

Agradecimento

Os autores não receberam financiamento para esse estudo.

Referências

1. Folstein SE, Rosen-Sheidley B. Genetics of autism: complex aetiology for a heterogeneous disorder. *Nat Rev Genet.* 2001; 2(12):943-55.
2. Gomes PT, Lima LH, Bueno MK, Araújo LA, Souza NM. Autismo no Brasil, desafios familiares e estratégias de superação: revisão sistemática. *J Ped.* 2015; 91(2):111-21.
3. Griesi-Oliveira K, Sertié AL. Transtornos do espectro autista: um guia atualizado para aconselhamento genético. *Einstein (São Paulo).* 2017; 15(2):233-8.
4. Lupski JR. New mutations and intellectual function. *Nat Genet.* 2010; 42(12):1036-8.

5. Sanders SJ, Murtha MT, Gupta AR, Murdoch JD, Raubeson MJ, Willsey AJ, et al. De novo mutations revealed by whole-exome sequencing are strongly associated with autism. *Nature*. 2012;485(7397):237-41.
6. Vulto-van Silfhout AT, Rajamanickam S, Jensik PJ, Vergult S, De Rocker N, Newhall KJ, et al. Mutations affecting the SAND domain of DEAF1 cause intellectual disability with severe speech impairment and behavioral problems. *Am J Hum Genet*. 2014 ;94(5):649-61.
7. Sá MJ, Jensik PJ, McGee SR, Parker MJ, Lahiri N, McNeil EP, et al. De novo and biallelic DEAF1 variants cause a phenotypic spectrum. *Genet Med*. 2019; 21(9):2059-69.
8. Tchaconas A, Adesman A. Autism spectrum disorders: a pediatric overview and update. *Curr Opin Pediatr*. 2013; 25(1):130-43.
9. Antoniuk SA, Omairi C, Valiati MRMS, Wehmuth M. Transtorno do Espectro Autista: Aspectos Gerais e Critérios Diagnósticos. In: *Autismo: perspectivas no dia a dia*. Ed. Íthala. p. 25-33, 2013.
10. Muñoz Yunta JA, Montserrat PB, Salvadó Salvadó B, Valls Santasusana A. Autismo y epilepsia. *Acta Neurol Colomb*. 2006; 22(2):112-7.
11. Poleg S, Golubchik P, Offen D, Weizman A. Cannabidiol as a suggested candidate for treatment of autism spectrum disorder. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2019; 89:90-6.
12. Fernandes T, Dias AL, Santos NA. Estimulação transcraniana por corrente contínua no autismo: uma revisão sistemática. *Psicol: Teor Prática*. 2017; 19(1):176-91.
13. da Rocha CC, Gondim CB, Gomes TA, dos Santos LC, de Almeida Cavalcante I. Autismo associado à epilepsia: relato de caso. *Rev Eletrônica Acervo Saúde*. 2019; 3(20):e337.
14. Volk HE, Lurmann F, Penfold B, Hertz-Picciotto I, McConnell R. Traffic-related air pollution, particulate matter, and autism. *JAMA psychiatry*. 2013; 70(1):71-7.
15. Maimburg RD, Bech BH, Vaeth M, Møller-Madsen B, Olsen J. Neonatal jaundice, autism, and other disorders of psychological development. *Pediatrics*. 2010; 126(5):872-8.
16. de Oliveira Andrade J, Lacerda MA, de Oliveira Andrade V, Morais LK, Freires JD, Leite NL, et al. Terapia Nutricional para Crianças Portadoras do Transtorno do Espectro Autista-uma Revisão Literária. *Int J Nutrology*. 2018;11(S 01):Trab755.

Autor de Correspondência

Patrícia Fonseca Estrada
SGAS Quadra 913, s/nº - Conjunto B - Asa Sul.
CEP: 70390-130. Brasília, Distrito Federal, Brasil
patricia.fonsecaestrada@gmail.com

A humanização da assistência de enfermagem à criança hospitalizada no olhar materno

The humanization of nursing care to children hospitalized in the maternal look

La humanización de la atención de enfermería al niño hospitalizado en la mirada materna

Isabela Barros Cordeiro dos Santos¹, Pollyana Flausino Caixeta dos Santos², Leila Batista Ribeiro³, Danielle Ferreira Silva⁴

Como citar: Santos PFC, Santos IBC, Ribeiro LB, Silva DF. A humanização da assistência de enfermagem à criança hospitalizada no olhar materno. *REVISA*. 2021; 10(2): 358-67. Doi: <https://doi.org/10.36239/revisa.v10.n2.p358a367>

REVISA

1. Centro Universitário Planalto do Distrito Federal. Águas Claras, Distrito Federal, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0002-7252-5581>

2. Centro Universitário Planalto do Distrito Federal. Águas Claras, Distrito Federal, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0002-5257-3906>

3. Centro Universitário Planalto do Distrito Federal. Águas Claras, Distrito Federal, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0001-6399-6966>

4. Faculdade FIBRA. Anápolis, Goiás, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0001-5211-346X>

Recebido: 12/01/2021
Aprovado: 22/03/2021

RESUMO

Objetivo: Descrever o olhar materno em relação ao caráter humanizado da assistência de enfermagem à criança hospitalizada. **Método:** Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, seguindo o método de história oral. A coleta de dados foi realizada com um número de 8 participantes que atenderam aos critérios de inclusão da pesquisa, por meio de entrevista virtual no grupo do Facebook chamado "Mães e Filhas do Guará - Brasília DF". **Resultados:** A discussão apresentou-se por meio de 7 categorias, sendo elas: sobre a compreensão do que é humanização da assistência; sobre a presença ou ausência de uma assistência humanizada durante a hospitalização; sobre a importância de um ambiente recreativo para a criança hospitalizada; sobre ações essenciais no atendimento à criança hospitalizada; sobre a influência de uma assistência humanizada no estado geral da criança; sobre o conhecimento acerca da existência da pedagogia hospitalar. **Conclusão:** O presente estudo atendeu aos objetivos da pesquisa, pois através das histórias relatadas pelas mães participantes, foi provado o impacto da humanização na assistência sob o estado da criança, assim como, apesar de ter tido exceções em algumas situações acerca do atendimento, ainda assim, foi salientado como a humanização é necessária e deve ser colocada em prática.

Descritores: Assistência de Enfermagem; Humanização; Internação Pediátrica.

ABSTRACT

Objective: To describe the maternal view in relation to the humanized character of nursing care to hospitalized children. **Method:** This is a qualitative study, following the method of oral history. Data collection was carried out with a number of 8 participants who met the inclusion criteria of the survey, through a virtual interview in the Facebook group called "Mães e Filhas do Guará - Brasília DF". **Results:** The discussion was presented through 7 categories, being them: on the understanding of what is humanization of care; on the presence or absence of a humanized assistance during hospitalization; on the importance of a recreational environment for the hospitalized child; on essential actions in the care of the hospitalized child; on the influence of a humanized assistance in the general state of the child; on the knowledge about the existence of hospital pedagogy. **Conclusion:** The present study met the objectives of the research, because through the stories reported by the participating mothers, the impact of humanization on child care was proven, as well as, despite having had exceptions in some situations regarding care. Nevertheless, it was stressed that humanization is necessary and must be put into practice.

Descriptors: Nursing Assistance; Humanization; Pediatric Hospitalization.

RESUMEN

Objetivo: Describir la mirada materna en relación al carácter humanizado de la asistencia de enfermería al niño hospitalizado. **Método:** Se trata de un estudio de abordaje cualitativo, siguiendo el método de historia oral. La recolección de datos fue realizada con un número de 8 participantes que atendieron a los criterios de inclusión de la investigación, por medio de entrevista virtual en el grupo de Facebook llamado "Madres e Hijas de Guará - Brasília DF". **Resultados:** La discusión se presentó por medio de 7 categorías, siendo ellas: sobre la comprensión de lo que es humanización de la asistencia; sobre la presencia o ausencia de una asistencia humanizada durante la hospitalización; sobre la importancia de un ambiente recreativo para el niño hospitalizado; sobre acciones esenciales en la atención al niño hospitalizado; sobre la influencia de una asistencia humanizada en el estado general del niño; sobre el conocimiento acerca de la existencia de la pedagogía hospitalaria. **Conclusión:** El presente estudio atendió a los objetivos de la investigación, pues através de las historias relatadas por las madres participantes, fue probado el impacto de la humanización en la atención bajo el estado del niño, así como, a pesar de haber tenido excepciones en algunas situaciones acerca de la atención, Sin embargo, se ha puesto de relieve que la humanización es necesaria y debe ponerse en práctica.

Descritores: Asistencia de Enfermería; Humanización; Internación Pediátrica.

ORIGINAL

Introdução

Torna-se cada vez mais perceptível a existência de um impacto significativo da humanização na assistência de enfermagem, principalmente no que se refere aos cuidados com as crianças, visto que a partir do momento que uma criança é admitida na internação hospitalar, o ambiente surge como causa de um receio, decorrente da imagem que a criança possui sobre este e da mudança de rotina repentina. Dessa forma, a criação de um caráter humanizado por parte do profissional de saúde promove um ambiente onde o paciente se sente acolhido, conseqüentemente, colaborando no processo da cura.¹

A Humanização pode ser conceituada como um conjunto de estratégias que visam alcançar a qualificação da atenção e da gestão em saúde no SUS, estabelecendo-se como a construção/ativação de atitudes ético-estético-políticas em consonância com um projeto de co-responsabilidade e capacitação dos vínculos inter- profissionais e entre estes e os usuários na produção de saúde. Éticas pelo motivo de tomar a defesa da vida como eixo de suas ações. Estéticas porque estão direcionadas para a invenção das normas que regulam a vida, além da criação de processos que constituem o mais específico do homem relacionado aos demais seres vivos. Políticas porque é na pólis, ou seja, na união entre os homens que as relações sociais e de poder se operam, que o mundo se faz.²

Crianças que estão sob os cuidados na internação devido a casos de média ou alta complexidade, pós-operatórios ou alguma patologia, necessitam de monitoração cuidadosa e tratamentos que contam com o envolvimento dos usuários, responsáveis, gestores e profissionais de saúde em todas as etapas. Tais momentos contam também com recursos e instrumentos do âmbito hospitalar, além de uma equipe multidisciplinar profissional altamente especializada.³

No dia 13 de julho de 1990 foi decretada a lei nº8069, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), tendo disposto no artigo 12 que os estabelecimentos de atendimento à saúde nos casos de internação, devem proporcionar condições para a permanência em tempo integral do responsável da criança. Outrossim, em 2003, houve a criação da Política Nacional de Humanização (PNH), com a finalidade de impactar as demais políticas de saúde, influenciando na qualificação da atenção e gestão do SUS.^{2; 4}

Uma forma de minimizar ou evitar os traumas da hospitalização pode ser realizado por meio de uma unidade pediátrica que proporcione condições que atendam a todas as necessidades da criança, incluindo as físicas, culturais, emocionais, educacionais, sociais, e de desenvolvimento. Há uma indispensabilidade de investir em um ambiente recreativo, no qual contenha jogos, livros e brinquedos seguros para estimular a auto expressão da criança. Somado a isso, é necessário que os profissionais que atendem essas crianças estejam satisfeitos com as condições do hospital e do trabalho em si, fornecendo um atendimento humanizado às crianças e seus acompanhantes, com o intuito de diminuir o período de hospitalização e os traumas decorrentes do mesmo.⁵

Cabe ainda explicar o direito de todos à educação estabelecido pela Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Atrelado a isso e concomitantemente ao ECA, é imprescindível que mesmo as crianças internadas tenham esse direito.⁴

A pedagogia hospitalar é um método de ensino que demonstra a ação integrada do professor no âmbito hospitalar, ajudando educacionalmente na

formação da criança para que não ocasione perda no processo educacional e de seu desenvolvimento. Essa atuação pedagógica se aplica em atender crianças com necessidades educativas especiais, já que se encontram em um ambiente escolar diferenciado.⁶

Esta perspectiva norteia a ideia de que a forma de agir dos profissionais, as brincadeiras realizadas como forma de distração e a humanização em si culminam em efeitos inegavelmente positivos no processo da assistência de enfermagem, precipuamente no que diz respeito a satisfação da criança.⁵

O atendimento focado no usuário e a criação dos espaços humanizados, centrados no paciente, colaboram para a sua autonomia e estabelecem adequadas relações psicológicas com o espaço que o acolhe, resultando em uma resposta à crise da saúde evidenciada nas últimas décadas.⁷

Posto isto, o presente estudo se debruçou na seguinte pergunta de pesquisa: de que forma se dá a humanização da assistência de enfermagem à criança hospitalizada, no olhar da mãe?

Esse estudo é fundamental no que concerne aos diversos aspectos relacionados à cura de uma criança, não incluindo apenas os tratamentos existentes para cada fim, mas também em como a convivência com os profissionais de saúde e as condições do ambiente hospitalar tornam-se influentes nesse processo, havendo então uma necessidade de compreender que a assistência de enfermagem vai além da ciência e das tecnologias do campo da saúde.

Nesse sentido, o objetivo deste estudo foi descrever o olhar materno em relação ao caráter humanizado da assistência de enfermagem à criança hospitalizada, pelas integrantes do Grupo “Mães e Filhas do Guará - Brasília DF” da rede social Facebook.

Método

Esse estudo teve como abordagem qualitativa, seguindo o método História Oral seguindo os pressupostos do Maurice Halbwachs.⁸

O local para o estudo foi um grupo do Facebook denominado “Mães e Filhas do Guará- Brasília DF”, cujo este é visível onde qualquer pessoa pode encontrá-lo, porém é um grupo privado no qual somente os membros podem ver quem está no grupo e o que é publicado nele. Foi criado em 7 de janeiro de 2014, tendo mais de 44000 membros recentemente, e conta com duas administradoras.

As participantes desse estudo foram as mães inseridas no contexto da vivência por filhos que estiveram na internação hospitalar. Estas mães denominadas participantes nesta pesquisa, são mulheres que por diferentes motivos fizeram ou fazem parte da rotina vivenciada no hospital, englobando a integralidade do cuidado pelos profissionais de saúde e o enfrentamento nesse período, conseqüentemente, participando diretamente do processo do cuidado por parte da enfermagem.

Puderam participar da pesquisa as mães que atenderam aos seguintes critérios de inclusão:

- Mães que aceitaram participar da pesquisa e assinaram o TCLE;
- Mães com idade igual ou acima de 18 anos;
- Mães que já vivenciaram e ou estejam vivenciando a internação hospitalar do filho;

- Mães que estiveram gozando de boa saúde mental.
Não puderam participar da pesquisa as mulheres que estiveram em alguns dos seguintes critérios de exclusão:
- Mães que não autorizaram fazer parte deste estudo;
- Mães com idade abaixo de 18 anos;
- Mães que não tenham vivenciado a internação hospitalar do filho;
- Não estiveram em condições de participar do estudo.

Não foi fator de exclusão nenhum critério ligado a raça, cor, etnia, religião, cultura, crença, valores, classe social ou gênero.

A entrevista ocorreu com um número de 8 participantes do grupo do Facebook chamado “Mães e Filhas do Guará – Brasília DF”. Esta foi realizada e gravada através do Zoom, o qual é um serviço de conferência remota que combina videoconferência, reuniões online, bate-papo e colaboração móvel pelo celular ou computador.

Para esse estudo, o instrumento de coleta foi um questionário composto de 07 questões, oferecendo caminhos para as participantes expressarem seus sentimentos e percepções a partir da vivência das mesmas. As situações de interesse que surgiram durante a entrevista puderam ser exploradas e aprofundadas pelo pesquisador.

A Resolução 510 de 07 de abril de 2016 incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, referências de bioéticas, seguindo os princípios do reconhecimento da liberdade e autonomia dos envolvidos, respeito aos valores e costumes individuais, sem discriminação ou preconceito, não maleficência, justiça e equidade, a garantia do consentimento dos participantes, além da confidencialidade das informações.⁹

Para a análise dos dados, as entrevistas foram organizadas, lidas e agrupadas por afinidade, originando assim as categorias para a discussão do estudo.

Resultados

As participantes deste estudo foram 08 mulheres que receberam nomes fictícios de flores, conforme quadro a seguir:

Quadro 1. Perfil dos participantes do estudo

Nº	Nome Fictício	Número de filhos	Idade	Estado Civil
1	Azaléia	1	44	Casada
2	Begônia	1	31	Solteira
3	Rosa	3	53	Casada
4	Gardênia	1	41	Casada
5	Íris	1	19	Solteira
6	Tulipa	2	43	Divorciada
7	Hortênsia	2	41	Casada
8	Peônia	2	36	Solteira

Discussão

Para a discussão do tema os dados encontrados foram organizados em forma de categorias. Sendo assim, foram 7 categorias, conforme a seguir:

Sobre a compreensão do que é humanização da assistência

Em relação a compreensão do significado da humanização, todas as participantes enfatizaram o “olhar humano”, além dos conceitos que envolvem principalmente a empatia, o cuidado e o carinho.

É as pessoas verem como um ser humano, e não por exemplo “ah nasceu uma criança especial”, tem que enxergar um ser humano, e não uma deficiência, enxergar uma mãe que vai viver muitas coisas novas pela a frente, enxergar com o coração. Então humanização é não ver apenas como um paciente, mas como um ser, é saber que ele sofre, que ele tem as limitações ou não, o profissional tem que ser preparado para isso [...] P3

Eu entendo que é fazer o trabalho de uma forma mais humanizada, ver a real necessidade do paciente, analisar se ele está triste ou alegre, ver se ele precisa de algo além da medicação e refeição que é oferecida no hospital, ajudar emocionalmente também, [...] enfim tratar como humano, mesmo que seja uma criança, perguntar para ela se está bem e se precisa de algo, eu acho que é isso. P6

É preciso depreender que a humanização da assistência hospitalar à criança e familiares se constitui uma estratégia da qual demanda o resgate ao respeito à vida humana, considerando as diferenças específicas a cada ser – aspectos sociais, éticos, educacionais e psíquicos - e se concretiza na construção de um projeto terapêutico que promova mudanças no ambiente hospitalar, respeitando o binômio enquanto cidadãos, com direito a uma assistência à saúde humanizada de qualidade que atenda às suas necessidades.¹⁰

Visto que o conceito em questão é amplamente polissêmico, no campo da saúde, este é assumido oficialmente por intermédio da Política Nacional de Humanização (PNH), lançada no ano de 2003 como uma proposta voltada para uma nova relação entre usuários e os profissionais de saúde, principalmente no que tange a um trabalho acolhedor e resolutivo no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). A PNH possui alguns de seus princípios norteadores - o acolhimento, a autonomia, o protagonismo e a corresponsabilidade - que devem servir como base para essas mudanças nas relações.¹¹

Sobre a presença ou ausência de uma assistência humanizada durante a hospitalização

Houve divergências no tocante à uma assistência humanizada durante a hospitalização, as participantes afirmaram que dependia do profissional para isso acontecer, enquanto uns emanavam tranquilidade e amor, outros exerciam o papel no automático.

Eu acho que sim, olhando a equipe em um todo, sim, mas alguns ou outros dava para ver que faziam no automático, e não por amor, fazendo apenas porque era uma oportunidade, diferente de outras

peças que faziam porque gostavam de estar lá, e eram pessoas muito humanas e empáticas, não só com a criança, mas com a mãe também, davam muita assistência e apoio. P5

Em partes, dependia da pessoa sabe? Tinha umas que até passava tranquilidade para gente, agora outras já não era assim, chegavam estressadas, nem falava com a gente direito, parece que fazia tudo no automático. P6

A enfermagem como profissão lida com pessoas e aparatos tecnológicos nesse período nosocômio, entretanto, o cuidado ao ser humano deve ser prioritário em detrimento às questões tecnológicas. A situação tecnológica versus humanização na assistência de enfermagem se constitui dilema ético e torna imperativo que a equipe de enfermagem se reporte a princípios bioéticos que a faça pensar e se conscientizar a respeito das consequências de suas ações.¹²

É preciso um profissional consciencioso para lidar com uma criança, uma vez que a assistência prestada a ela vai além dos cuidados focados na patologia em si, já que deve ser visualizado também as necessidades emocionais dela durante a hospitalização. Todas as crianças necessitam de explicações sobre o que está acontecendo a elas, o porquê o procedimento está sendo realizado e que pode reagir efetivamente caso sinta dor. Inclui ainda fazer elas se sentirem confortáveis e acolhidas, pois qualquer elemento insólito pode ocasionar más reações, interferindo no tratamento; então, o enfermeiro deve mostrar que está ali também para brincar e conversar.¹³

Durante a hospitalização, a criança se encontra sob diversos estressores, os quais podem gerar traumas passageiros ou permanentes, seja pela mudança de rotina ou pelos procedimentos dolorosos existentes. Nesse sentido, a humanização da assistência hospitalar se configura no ato mais significativo na prevenção e/ou minimização de tais traumas oriundos da hospitalização. Humanizar é um processo vivencial que permeia toda atividade das pessoas envolvidas, buscando oferecer o tratamento adequado, dentro das circunstâncias em que cada paciente se encontra.¹⁴

Sobre a importância de um ambiente recreativo para a criança hospitalizada

Com referência a importância de um ambiente recreativo, as respostas foram coincidentes entre as participantes, precipuamente pela distração proporcionada pelo entretenimento e divertimento por parte das crianças, as quais acabam esquecendo que estão em um hospital.

Muito importante! Quando ele foi internado no hospital, lá tinha uma brinquedoteca, e todos os dias de manhã tinha desenho, tinha brincadeiras, e isso distraía ele. Já no segundo hospital que ficamos, não havia algo para ele brincar, então foi bem diferente. P2

Muito importante, teve um período que a minha filha foi liberada do leito e fomos para a brinquedoteca, e é muito boa essa interação com um lugar diferente para a criança se alegrar um pouco, para estar com outras pessoas, andar e ver outros ambientes além daquele mesmo lugar do leito, com muita medicação, manguerias de oxigênio e pessoas de branco, enfim ir para um ambiente mais colorido. P6

Além da interação com a família, algumas estratégias simples, porém eficazes, podem ser adotadas a fim de estimular a criança hospitalizada e

minimizar o receio proveniente do ambiente hospitalar. As brincadeiras chegam a ser uma necessidade da criança, devendo ser colocadas em prática durante a internação, pois é através da brincadeira que ela se desenvolve como um todo e expressa seus anseios. A internação não deve ser um impeditivo para a criança continuar a ampliar suas capacidades, competindo ao hospital promover condições para isso.¹⁵

As brincadeiras são instrumentos eficazes na redução da tensão, raiva, frustração, conflito e ansiedade, que normalmente acompanham a perda do controle e da autoestima. É essencial evocar elementos que contribuam com suas habilidades de fazer frente a circunstâncias adversas, que sejam potencializadoras na adaptação da criança hospitalizada frente à situação na qual se encontra.¹²

Sobre ações essenciais no atendimento à criança hospitalizada

Se tratando das ações consideradas essenciais no atendimento ao paciente pediátrico, foram citados o ambiente recreativo, o carinho, o atendimento psicológico, um ambiente acolhedor, e a calma. Ações essas que influenciam tanto nos filhos quanto nas mães.

Uma brinquedoteca com brinquedos, livros e com uma pessoa para brincar um pouco, porque às vezes a mãe está tão cansada, que no período da brinquedoteca ela fica apenas observando a criança brincar, acho importante também um lugar mais arejado, como um parquinho e um ambiente com música e televisão, acho que esses tipos de lugares recreativos. P6

Primeira é a calma para cuidar da criança, porque a criança pode chorar muito, nervosa e sentindo muita dor, com a minha filha acontecia muito isso, então acho que a primeira ação é ter essa calma. Outra coisa que eu acho que tem um impacto é o conforto [...] P8

O fortalecimento na busca por ações humanizadas tem como ponto de partida a construção de esforços em conjunto dos profissionais que assistem a criança, da instituição hospitalar e da própria família. Para tanto, isso requer um preparo de uma equipe multiprofissional, que de acordo com suas especificidades venham implementar uma assistência holística, que adotem atitudes voltadas a uma boa comunicação e empatia.¹⁶

Em virtude desses fatos, o enfermeiro tem um dever para com os pacientes em demonstrar veemência, em assistir e prestar os cuidados condizentes com cada situação, mantendo um relacionamento de confiança e empatia da equipe de saúde com a criança e os acompanhantes, sendo os sentimentos reconhecidos. A compreensão acerca de que o processo de cura de uma criança envolve diversos aspectos é o princípio básico para a promoção do bem-estar dela, além de ter uma visão ampliada e se preocupar com o desenvolvimento dessa paciente diferenciada e tão singular.¹⁷

Sobre a influência de uma assistência humanizada no estado geral da criança

Quanto à influência de uma assistência humanizada sob o estado geral da criança, todas as participantes concordaram que tem um impacto muito significativo nesse contexto, pois a partir desse ato nas implementações do

cuidado, a mudança na criança é perceptível, o que facilita no processo terapêutico.

Demais! O meu filho parecia que estava sentindo aquela energia boa, ele ria, mesmo precisando de soro, sendo furado, o profissional brincava com ele e ele ria, sabe? Parece que ele sentia...e eu uma pilha, tão tensa. Ele ficava pulando de tanta alegria só com a fraldinha dele, mesmo depois da cirurgia. P1

Sem dúvidas, tanto as visitas da família, quanto a equipe médica e de enfermagem, tudo ajuda, tanto que existe alguns profissionais que vestem fantasias de palhaço e isso ajuda muito, porque a criança estando feliz, já melhora, o bem-estar, autoestima e alegria, ajuda o corpo a melhorar em alguma doença, é muito importante mesmo. P6

Uma assistência humanizada possibilita a criança uma visão diferenciada acerca do hospital por meio de uma vivência potencialmente menos aversiva que as impostas pela internação. Assim, para uma atuação conjunta dos membros do hospital que valorizem o desenvolvimento global infantil, é hábil na realização de mudanças significativas na percepção do contexto da internação por parte das crianças. Nesse sentido, isso se torna um catalisador do processo de tratamento e na adaptação dos pacientes.¹⁵

Assim como a criança, a família dela também é vítima de traumas decorrentes da hospitalização, pois de modo lúgubre, ela está lidando com o desconhecido, com a insegurança e o medo. Destarte, uma vez necessária a hospitalização, homens e máquinas se unem com o propósito de facilitar as condições de atendimento à criança, buscando diminuir o tempo da internação e promover a agilidade no tratamento. Por essa razão, as pessoas envolvidas no tratamento são intensamente preparadas, enquanto o ambiente hospitalar deve ser acautelatório para ambas as partes.¹⁸

Sobre o conhecimento acerca da existência da pedagogia hospitalar

No que concerne ao conhecimento da existência da pedagogia hospitalar, as respostas foram divididas em 50% que conheciam essa modalidade de ensino, e 50% que desconheciam. Porém, todas as respostas foram complementadas com o quanto a educação continuada no âmbito hospitalar é fundamental.

Sabia sim, é muito importante a educação continuar mesmo ali. Eu sou da área da educação e sei o impacto e a importância no desenvolvimento da criança, então mesmo que ela esteja ali internada, é necessário que continue a educação, que ela não fique atrasada em relação aos outros alunos que não estão na mesma situação, que ela se sintam bem em relação a isso. É até uma distração também. P1

Não, não sei nem o que a pedagogia hospitalar faz, eu imagino que é algo para dar continuidade nos estudos da criança e isso é muito importante, minha filha mesmo ficou internada no período de alfabetização e não teve nenhum auxílio no hospital, mas se tivesse seria muito importante, eu que ficava ensinando-a, pelo o que a professora enviava para mim. P8

No contexto brasileiro atual, a Constituição Federal de 1988 é vista como a lei mais ampla e complexa que rege o país, nela, os direitos da criança e do adolescente são defendidos sob diversas perspectivas. É nesse contexto que, em

1994, o Ministério da Educação, por intermédio da Secretaria Nacional de Educação Especial determinou responsabilidades quanto ao cumprimento do direito desse grupo enquanto hospitalizados referente à educação, por meio da formulação da Política Nacional de Educação Especial, que instituiu legalmente o serviço de classes hospitalares.¹⁹

Essa modalidade de ensino, regulamentada por legislação específica, tem como objetivo viabilizar a continuidade da escolaridade às crianças e adolescentes que estão inseridas no âmbito hospitalar, a fim de que estas não sejam prejudicadas no sentido do risco de fracasso escolar e de possíveis transtornos ao desenvolvimento. Os professores têm a responsabilidade de programar conteúdos consentâneos ao atual ambiente que o aluno se encontra, ajudando-os posteriormente na reintegração escolar após a alta hospitalar.²⁰

Conclusão

O presente estudo atendeu aos objetivos da pesquisa, pois através das histórias relatadas pelas mães participantes, foi provado o impacto da humanização na assistência sob o estado da criança e a importância dele, assim como, apesar de ter tido exceções em algumas situações acerca do atendimento, ainda assim, foi salientado nesses casos em como a humanização é necessária e deve ser colocada em prática.

Espera-se que através da leitura desse estudo juntamente com os depoimentos das participantes, seja concebido um sujeito cognoscente acerca da importância da humanização no âmbito da internação pediátrica, e como esta reflete em efeitos inegavelmente positivos sob os pacientes.

Que seja evidenciado como um atendimento humanizado cria consequências além de uma boa relação entre os profissionais e os usuários do serviço de saúde – inclusos nesse caso o paciente pediátrico e o acompanhante – mas também em como auxilia no processo de cura e propicia o desenvolvimento contínuo da criança apesar da situação vivenciada.

Diante dos resultados encontrados, é necessário que os enfermeiros compreendam a importância de implementar um caráter humanizado durante o atendimento prestado, e que os pacientes saibam a complexidade do conceito desse termo.

E por fim, torna-se significativo no estímulo de novos estudos na área, e para a incrementação da humanização em saúde durante o processo de assistência de enfermagem.

Referências

1. Bergan C, Santos M.CO, Bursztyl I. Humanização nos espaços hospitalares pediátricos: a qualidade do espaço construído e sua influência na recuperação da criança hospitalizada. ABDEH. 2004.
2. Brasil. Política Nacional de Humanização. Biblioteca Virtual em Saúde MS, Brasília, DF. 2013; (1).
3. Gomes, G.C.; Oliveira, P.K. Vivências da família no hospital durante a internação da criança. Rev Gaúcha Enferm. 2006; 33(4):165-171.
4. Brasil. Estatuto da Criança e do Adolescente. Ministério da Saúde, Brasília, DF. 2008; (3).

5. Lima F.E.T, Jorge M.S.B, Moreira T.M.M. Humanização hospitalar: satisfação dos profissionais de um hospital pediátrico. *Revista Brasileira de Enfermagem: REBEn*. 2006 maio/junho;59(3):291-6.
6. Fiorot, A.C; Pontelli, B.P.B. A criança hospitalizada e a garantia de acesso à educação pela classe hospitalar. *Cadernos de Educação: Ensino e Sociedade, São Paulo*. 2017; 4(1): 100-113.
7. Bergan C, et al. Humanização: representações sociais do hospital pediátrico. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 2009 b, dezembro;30(4):656-61.
8. Halbwachs, M. A memória coletiva. 2. ed. atual. São Paulo, Brasil: Revista dos Tribunais LTDA, 1990. 189 p..
9. Brasil. Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. Pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016, Ministério da Saúde. 7 abr. 2016 e. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html. Acesso em: 2 jun. 2020.
10. Marques, I.R.; Souza, A.R. Tecnologia e humanização em ambientes intensivos. *Rev Bras Enferm*, Brasília, DF. Janeiro-fevereiro 2010; 63(1): 141-4.
11. Brasil. HumanizaSUS: política nacional de humanização – humanização como eixo norteador das práticas de atuação e gestão em todas as esferas do SUS. Brasília, Ministério da Saúde, 2003.
12. Pessalacia, J.D.R. et al. Atuação da equipe de enfermagem em uti pediátrica: um enfoque na humanização. *Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro, Minas Gerais, Brasil*, setembro/dezembro 2012; 2(3): 410-418.
13. Ortiz, L.C.M. Classe hospitalar: reflexões sobre suas práxis educativas. Dissertação (Mestrado em Educação), Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2002.
14. Cruz, D.S; Costa, S.F; Nóbrega, M.M. Assistência humanizada à criança hospitalizada. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste, Fortaleza, Brasil*, setembro/dezembro 2006; 7(3):98-104.
15. Miranda, R.L; Begnis, J.G; Carvalho, A.M. Brincar e Humanização: Avaliando um Programa de Suporte na Internação Pediátrica. *Revista Interinstitucional de Psicologia, Belo Horizonte, Brasil*, 2010; 3(2):160-174.
16. Pauli, M.C; Bousso, R.S. Crenças que permeiam a humanização da assistência em unidade de terapia intensiva pediátrica. *Rev Latino-am Enfermagem, São Paulo*, maio-junho 2003; 11(3):280-6.
17. Alves, C.A; Deslandes, S.F; Mitre, R.M.A. Desafios da humanização no contexto do cuidado da enfermagem pediátrica de média e alta complexidade. *Interface: comunicação, saúde, educação, Rio de Janeiro, Brasil*, 2009; 13(1):581-94.
18. Oliveira BRG, et al. Causas de hospitalização no SUS de crianças de zero a quatro anos no Brasil. *Rev Bras Epidemiol, Mato Grosso*, 2010; 13(2):268-77.
19. Brasil. Ministério da Educação e do Desporto. Secretaria de Educação Especial. Política Nacional de Educação Especial. Brasília, MEC, SEESP, p. 66, 1994.
20. Holanda, E. R.; Collet, N. As dificuldades da escolarização da criança com doença crônica no contexto hospitalar. *Rev. esc. enferm. USP, São Paulo*, 2011; 45(2).

Autor de Correspondência

Leila Batista Ribeiro
Alameda das Alpinias residencial Sun Flower
QD. 09 LT. 16 Anápolis, Goiás, Brasil.
profaleilaribeiro@gmail.com

Os impactos da hospitalização neonatal para mães de recém-nascidos

The impacts of hospitalization for mothers of newborns

Los impactos de la hospitalización neonatal para las madres de recién nacidos

Isabela Barros Cordeiro dos Santos¹, Pollyana Flausino Caixeta dos Santos², Leila Batista Ribeiro³, Danielle Ferreira Silva⁴

Como citar: Santos IBC, Santos PFC, Ribeiro LB, Silva DF. Os impactos da hospitalização neonatal para mães de recém-nascidos. REVISA. 2021; 10(2): 368-78. Doi: <https://doi.org/10.36239/revisa.v10.n2.p368a378>

REVISA

1. Centro Universitário Planalto do Distrito Federal. Águas Claras, Distrito Federal, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-5257-3906>
2. Centro Universitário Planalto do Distrito Federal. Águas Claras, Distrito Federal, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-7252-5581>
3. Centro Universitário Planalto do Distrito Federal. Águas Claras, Distrito Federal, Brasil. <https://orcid.org/0000-0001-6399-6966>
4. Faculdade FIBRA. Anápolis, Goiás, Brasil. <https://orcid.org/0000-0001-5211-346X>

Recebido: 23/01/2021
Aprovado: 12/03/2021

RESUMO

Objetivo: Analisar os impactos da hospitalização neonatal em UTI para as mães de recém-nascidos. **Método:** Trata-se de um estudo de abordagem quanti-qualitativa. Para a coleta de dados utilizou-se perguntas feitas de maneira virtual através de um questionário com 13 perguntas, aplicado por meio da plataforma digital Google Forms. As participantes foram mães de recém-nascidos que estiveram ou que estão hospitalizados em UTIN. Para análise de dados utilizou-se a compilação dos dados que posteriormente foram agrupados por afinidade e apresentados no relatório final em gráficos e dados discursivos. **Resultados:** A discussão foi construída com 10 categorias, sendo algumas delas: o tratamento humanizado dos profissionais na UTIN, a visão que as mães têm da UTIN antes e depois da hospitalização, os impactos que a hospitalização geram na vida das mães, os sentimentos das mães ao vivenciarem essa experiência, compartilhamento de informações da UTIN para as mães. **Conclusão:** O presente estudo deixa evidências de que a hospitalização é um período doloroso para as mães, onde há um grande número de transtornos psicológicos como consequência, há também uma necessidade de humanização de forma integral, além do estímulo, compartilhamento de informações e principalmente empatia dos profissionais que atuam nessa área.

Descritores: UTIN; Hospitalização; Recém-nascido.

ABSTRACT

Objective: To analyze the impacts of neonatal hospitalization in ICU for newborn mothers. **Method:** This is a quantitative-qualitative study. For data collection, questions were asked in a virtual way through a questionnaire with 10 questions, applied through the digital platform Google Forms. The participants were mothers of newborns who were or who are hospitalized in the NICU. For data analysis, we used the compilation of data that were later grouped by affinity and presented in the final report in graphs and discursive data. **Results:** The discussion was built with 10 categories, some of them being: the humanized treatment of professionals in the NICU, the view that mothers have of the NICU before and after hospitalization, the impacts that hospitalization generates on the lives of mothers, the feelings of mothers in experiencing this experience, sharing information from the NICU to mothers. **Conclusion:** This study leaves evidence that hospitalization is a painful period for mothers, where there is a large number of psychological disorders as a consequence, there is also a need for full humanization, in addition to the stimulus, information sharing and especially empathy of the professionals who work in this area.

Descriptors: NICU; Hospitalization; Newborn.

RESUMEN

Objetivo: Analizar los impactos de la hospitalización neonatal en UTI para las madres de recién nacidos. **Método:** Se trata de un estudio de abordaje cuantitativo-cualitativo. Para la recolección de datos se utilizaron preguntas hechas de manera virtual a través de un cuestionario con 10 preguntas, aplicado por medio de la plataforma digital Google Forms. Las participantes fueron madres de recién nacidos que estuvieron o que están hospitalizados en UTIN. Para análisis de datos se utilizó la compilación de los datos que posteriormente fueron agrupados por afinidad y presentados en el informe final en gráficos y datos discursivos. **Resultados:** La discusión fue construída con 10 categorías, siendo algunas de ellas: el tratamiento humanizado de los profesionales en la UTIN, la visión que las madres tienen de la UTIN antes y después de la hospitalización, los impactos que la hospitalización generan en la vida de las madres, los sentimientos de las madres al experimentar esta experiencia, compartir información de la UTIN para las madres. **Conclusión:** El presente estudio deja evidencias de que la hospitalización es un período doloroso para las madres, donde hay un gran número de trastornos psicológicos como consecuencia, también hay una necesidad de humanización de forma integral, además del estímulo, intercambio de información y principalmente empatía de los profesionales que actúan en esa área.

Descritores: UCIN; Hospitalización; Recién nacido.

ORIGINAL

Introdução

A internação em uma unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN) é um período de vulnerabilidade para a mãe e a família do recém-nascido (RN) internado, pois com a notícia de que o filho irá para a UTIN a fragilidade começa a surgir afetando a rotina de vida e até mesmo as relações pessoais da mãe e da família.¹ A adaptação emocional da mãe de um recém-nascido que vai para uma UTIN, é mais difícil, pois durante a gestação as mães criam uma expectativa do filho ideal e de uma criança que trará alegrias assim que nascer, mas é durante o nascimento que ocorre essa quebra de expectativa, onde a mãe tem que lidar com a realidade do filho nascer com alguma intercorrência e ter que ser direcionado a UTIN, tendo assim ter que se adaptar a imagem real do seu filho e não a que foi imaginada.² Outro fator que contribui para a vulnerabilidade emocional da mãe nesse período é o puerpério, pois geralmente nesse período a mãe se sente insegura e tem alterações no humor, o nascimento de um filho gera ansiedade e questionamentos, podendo levar até uma depressão pós-parto, cerca de 50 a 70% das mulheres tem alterações no humor como hiperemotividade, fragilidade e sentimentos de incapacidade.³

A unidade de terapia intensiva neonatal tem o atendimento direcionado para os cuidados com o recém-nascido em situações críticas ou com risco de vida, sendo indicada para: recém-nascidos que necessitem de ventilação mecânica, independentemente da idade gestacional, ou em fase aguda de insuficiência respiratória; recém-nascidos com idade gestacional menor que 30 semanas ou com peso inferior a 1000 gramas; recém-nascidos que necessitem de cirurgias de grande porte e pós-operatório imediato de cirurgias de baixo e médio porte; recém-nascidos que necessitem de nutrição via parenteral; e recém-nascidos que necessitem de cuidados específicos como uso de cateter venoso central, uso de drogas vasoativas, tratamento para infecções graves.⁴

A mãe de um bebê prematuro é mais suscetível a sofrer com os transtornos emocionais no puerpério, a hospitalização do bebê pode desencadear diversos transtornos afetivos como um vínculo inconsistente entre mãe e filho, podendo ter consequências para o filho durante a infância e adolescência, como prejuízos sensoriais, distúrbios neurológicos entre outros.⁵

Diante desses fatos, surgiu então o questionamento que impactos a hospitalização em uma unidade de terapia intensiva neonatal tem na vida da mãe de um recém-nascido?

O objetivo deste estudo foi descrever os impactos causados em mães de recém-nascidos que estão ou que estiveram em período de hospitalização na unidade de terapia intensiva neonatal.

Método

A metodologia para este estudo foi de abordagem quanti-qualitativa seguindo os pressupostos de Gil, 2008.⁶

A coleta dos dados deu-se através da plataforma Google Forms, com 76 participantes, provenientes do grupo virtual do Facebook denominado “Mães de UTI”, cujo este é visível onde qualquer pessoa pode encontrá-lo, porém é um grupo privado no qual somente os membros podem ver quem está no grupo e o que é publicado nele. Foi criado em 20 de junho de 2019, tendo 7 mil e 800

membros, e conta com duas administradoras. Os critérios de inclusão para a participação na pesquisa foram mulheres com idade igual ou superior a 18 anos; mulheres com boa saúde mental, mulheres que aceitaram participar da pesquisa e assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, mulheres que tenham pelo menos 1 filho que está ou esteve internado na unidade de terapia intensiva neonatal, que o período de internação seja ou tenha sido no mínimo uma semana. E como fatores de exclusão o estudo descartou: mulheres com idade inferior a 18 anos, mulheres que não se encontram com boa saúde mental; que não aceitem participar da pesquisa, que não assinarem o termo de consentimento livre e esclarecido, mulheres que não tem nenhum filho internado na unidade de terapia intensiva neonatal, e mulheres que estejam hospitalizadas há menos de uma semana.

As participantes desse estudo foram as mães inseridas no contexto da vivência por filhos que estiveram na internação hospitalar. Estas mães denominadas participantes nesta pesquisa, são mulheres que por diferentes motivos fizeram ou fazem parte da rotina vivenciada no hospital, englobando a integralidade do cuidado pelos profissionais de saúde e o enfrentamento nesse período, conseqüentemente, participando diretamente do processo do cuidado por parte da enfermagem.

Para esse estudo, o instrumento de coleta utilizado foi um questionário composto de 10 questões discursivas e objetivas.

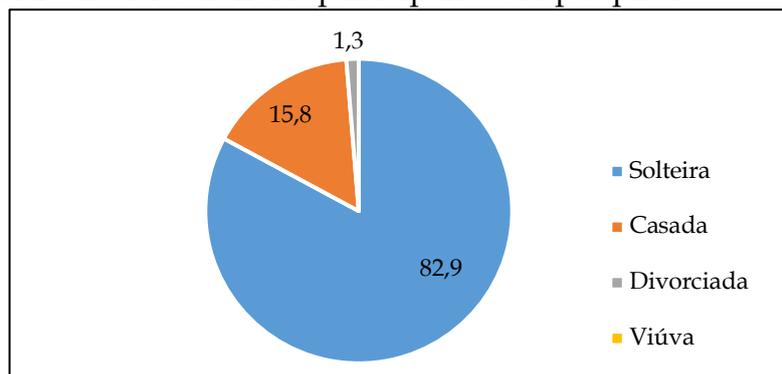
A Resolução 510 de 07 de abril de 2016 incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, referências de bioéticas, seguindo os princípios do reconhecimento da liberdade e autonomia dos envolvidos, respeito aos valores e costumes individuais, sem discriminação ou preconceito, não maleficência, justiça e equidade, a garantia do consentimento dos participantes, além da confidencialidade das informações.

Para análise de dados utilizou-se a compilação dos dados que posteriormente foram agrupados por afinidade e apresentados no relatório final em gráficos e dados discursivos.

Resultados

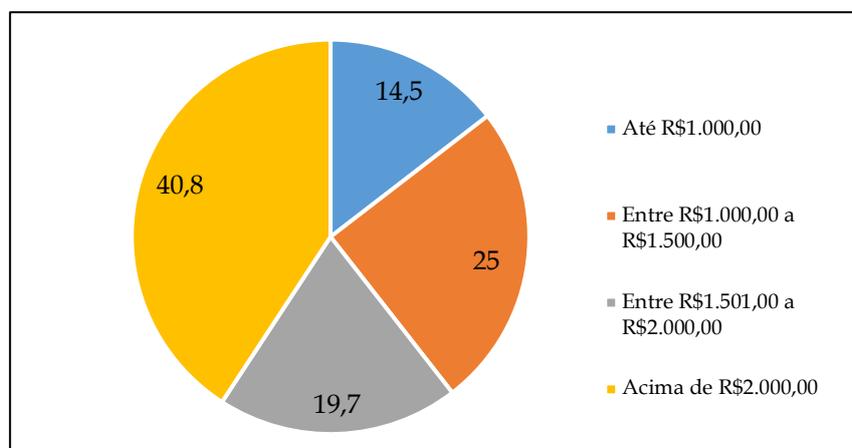
Como resultado deste estudo, tem-se o perfil dos participantes, conforme a seguir: A maioria das participantes foram de estado civil; casadas, seguidas de pessoas solteiras, divorciadas e por viúvas, conforme Figura 1:

Figura 1 - Estado Civil das participantes da pesquisa



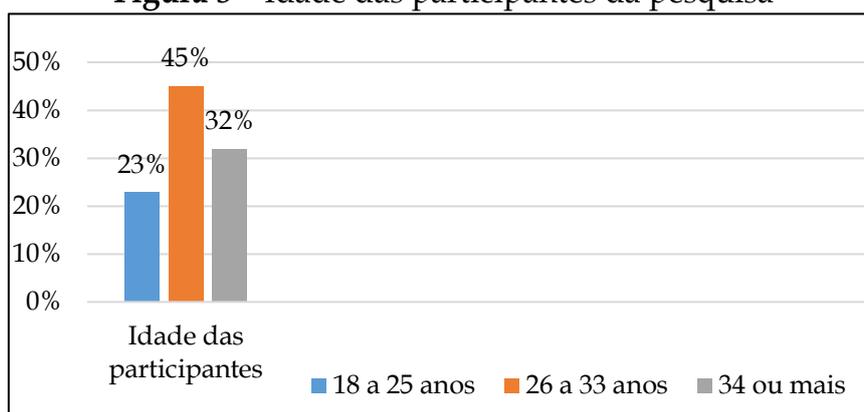
Entre os resultados, tem-se que a renda das participantes dessa pesquisa está acima de 2.000,00, variando de 1.000,00 à acima de 2.000,00(Figura 2).

Figura 2 - Renda mensal das participantes da pesquisa.



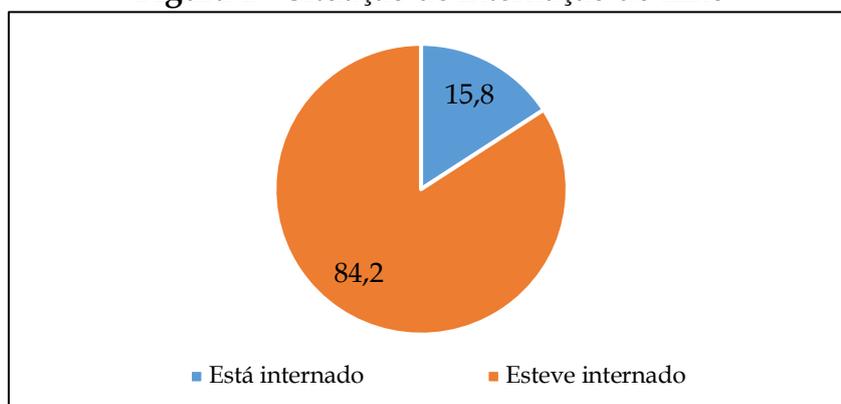
Dentre os resultados, verifica-se que o predomínio de participantes com idades entre 26 e 33 anos(45%)(Figura 3).

Figura 3 - Idade das participantes da pesquisa



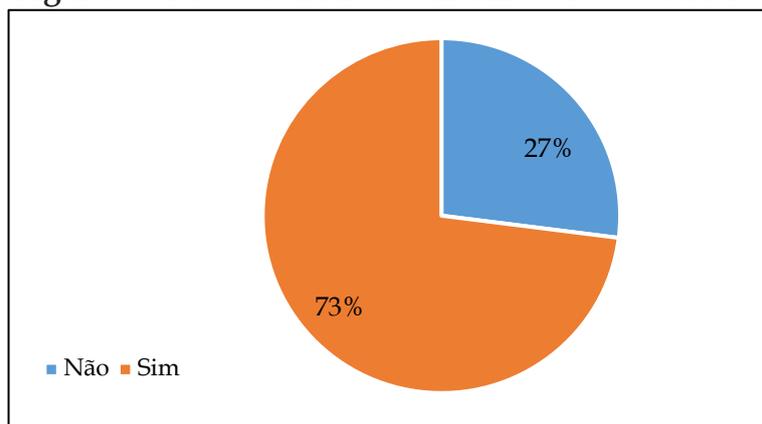
As participantes desse estudo relataram que cerca de 84,2% já passaram pelo período de internação na UTIN com seus filhos, enquanto 15,8% estão internadas.

Figura 4 - Situação de internação do filho



Dentre as participantes deste estudo 27% relataram ter outros filhos, e 73% alegaram não ter outros filhos (Figura 5).

Figura 5 - Mães de mais de um filho vivos ou mortos.



Discussão

Para a discussão do tema os dados encontrados foram organizados em forma de categorias. Sendo assim, foram 8 categorias, conforme a seguir:

Os profissionais de enfermagem da uti neonatal e a humanização

88,2% (67) Participantes disseram que os profissionais de enfermagem são humanizados em seus atos, e 11,8% (9) participantes disseram que os profissionais não são humanizados.

O cuidado humanizado ainda é um desafio nas UTIN, pois muitas vezes as dificuldades e obstáculos que surgem no processo de trabalho do profissional atrapalham a realização da humanização, questões como acomodação para mãe, espaço físico, falta de funcionários são fatores que contribuem para impedir essa realização.⁷

A humanização para os pais tem um significado diferente, ele parte da ideia que a assistência deve ser baseada no contato humano, na forma de tratamento com o RN, os pais definem a humanização basicamente em três categorias que ressaltam como os pontos principais da humanização, que são: Cuidados ao RN que é definido a maneira de tratar os recém-nascidos ali presentes, o cuidado, o carinho, a atenção que os profissionais tem com cada um, também afirmam que a maneira de ter um tratamento específico para todas as crianças compreendendo as peculiaridades de cada uma.⁸

A humanização na assistência em saúde resulta em promover lugar à fala do usuário quanto a dos profissionais de saúde, de uma maneira que se integrem a uma rede de diálogo, que idealize e promova campanhas, programas, ações e políticas assistenciais partindo do respeito, da solidariedade, da dignidade ética e do reconhecimento mútuo. O processo para praticar a humanização é extenso, complexo e longo, pois exige alterações no comportamento, que sempre ocasionam resistência e insegurança. Humanizar na saúde não é somente amenizar o convívio hospitalar, é a possibilidade de colocar-se no lugar do outro, infelizmente em bastantes locais a falta de condições técnicas, seja de materiais e capacitação impossibilitam que o atendimento seja humanizado, e a desumanização agrava situações que já eram precárias.⁷

A experiência de ter um filho na UTI neonatal

As participantes da pesquisa relataram que ter um filho na UTI neonatal é uma experiência dolorosa, com um misto de sentimentos, ansiedade e cansaço físico, conforme a seguir:

Foi muito doloroso, foi o momento que eu mas criei forças na minha vida!

E Deus me ajudou muito! P. 3

É um misto de sentimentos, dias bons, outros nem tanto. Ansiedade, preocupação tomam conta dos dias, além do cansaço físico e mental. Cansativo e angustiante. P.24

Foi doloroso, pelo fato de que todo prematuro, principalmente extremo que foi o caso do meu bebê, assusta, cada probleminha já faz a gente sair de lá com o coração apertadinho na mão. Nossas lutas, as idas de manhã e voltar a noite eram cansativas, um cansaço e sentimento de incapacidade enormes. P. 32

É muito difícil, o fato de você ir embora e seu filho ficar, é uma sensação inexplicável, estive na UTI por apenas 48 dias, sentimos um misto de sensação e sentimentos é um dia de cada vez, mas o aprendizado que tirei desses dias em que passei na UTI com o meu filho não tem preço. P.7

A maioria das mães não estão prontas para terem seus filhos recém nascidos internados em uma UTIN, a notícia de que o filho irá ficar hospitalizado na unidade de terapia intensiva gera um impacto forte em toda a família, principalmente nas mães, os vários aparelhos e equipamentos presentes nessa ala assustam à primeira vista, mesmo tendo a ciência de que todos os recursos ali presentes são para monitorizar e tratar o recém-nascido o medo não diminui, e ao ver a quantidade de fios e tubos conectados nos seus filhos os sentimentos de tristeza, angústia e ansiedade são despertados e predominam nas mães.⁹

Os sentimentos obtidos ao receber a notícia de que o filho vai para uti neonatal

As participantes da pesquisa relataram que ao receberem a notícia de que seus filhos iriam para UTIN, é um misto de sensações, e o sentimento de culpa é um dos mais presentes, medo, incertezas, inseguranças, conforme a seguir:

Na hora fiquei em choque, sem saber o que pensar, mas meu esposo me acalmou bastante me dizendo que seria melhor para ela. P. 29

Medo, angústia, culpa e desespero misturado com fé. P. 30

Foi como tivesse arrancando um pedaço de mim sem dó. O pior momento da minha vida tanta incerteza. Uma mistura de felicidade com medo e tristeza. Me sentia culpada por ela estar passando por tudo isso, mesmo não tendo culpa. P. 61

O ambiente de UTI causa um estresse e provoca sentimentos contraditórios nas mães, a felicidade por ter dado à luz ao seu filho, e tristeza por vê-lo na situação de internação de vulnerabilidade e fragilidade em uma UTI.⁹

Estar em uma UTIN para a mãe, é doloroso e assustador, pois ver o filho tão esperado em uma situação grave gera esses sentimentos, contudo, alguns enfermeiros conseguem notar a importância e resultados positivos no período em que a mãe passa com seu filho hospitalizado, pois a mãe estando presente na UTIN faz com que ela adquira mais confiança para cuidar do RN e assumir o papel materno, ajuda a amadurecer a maternidade e reduz o sofrimento da mãe

ao ter contato com o filho, avaliar de perto a evolução positiva da situação também faz com que as mães se sintam mais tranquilizadas.¹⁰

Fatores que dificultam a hospitalização na UTIN

As participantes afirmaram que entre os principais fatores que dificultam o período de internação, é principalmente a falta de contato físico, a limitação de pegar no colo, a privação da amamentação, falta de informação, ver a situação que o filho estava também, como se estava na incubadora, ou usando dispositivos, conforme a seguir:

O fato de ter que deixá-lo todos os dias. O meu outro filho é mais velho então precisava dividir a atenção. P. 19

O mais difícil foi não poder pegar minha filha no colo, dar de mamar para ela, ver as outras mães com os filhos no quarto e só eu que não, sofria muito, fazia de tudo para não ficar no quarto, pois se eu ficasse lá eu só chorava, porque queria minha filha comigo. P.57

Ver ele conectados a tantos aparelhos, ausência de informação, tudo que me diziam que era" devido a prematuridade ", está sendo difícil ainda lidar com este ambiente. P. 68

Tudo... Marido desempregado, pandemia, não poder pegar ele no colo ou levá-lo para casa. Não poder amamentar foi o que mais doeu também. P. 72

Algumas dificuldades impedem o estabelecimento do vínculo entre mãe e filho, como uma má estrutura de UTIN, a falta de instrução por parte dos profissionais em ajudar as mães a terem o primeiro toque, fornecer o colo pela primeira vez, além da própria insegurança da mãe, que por ver o filho em situação tão fragilizada tem receio de chegar perto ou pegar no colo.¹⁰

Tem casos em que as mães não conseguem ter uma presença permanente para acompanhar, mas é necessário ter empatia e um cuidado com essa mãe, pois não se sabe o motivo dela não poder acompanhar o filho, pode ter outros fatores influenciando como outras obrigações, as vezes o trabalho, ou uma dificuldade de aceitação do fato do filho estar hospitalizado em uma UTI ou ser prematuro.

11

A idealização da UTI neonatal antes do primeiro contato

As participantes relataram que a principal associação feita com a UTIN é relacionada a morte, sofrimento, casos extremos, conforme a seguir:

Já imaginava um ambiente sombrio, correria, casos desconhecidos, máquinas apitando. P.9

Vem morte na mente, acho que na cabeça de todas as mães se passa isso. P.26

Tinha uma imagem de séries: incubadora, tratamento intensivo. Nada confortável, mas com uma bebê prematura extrema grave, é bem pior do que poderia imaginar. P.46

Para a maioria das mães a UTIN é um ambiente muito associado a morte, existe um pensamento de que os bebês que vão para essa ala estão prestes a morrer ou

que estão em uma situação muito crítica, relacionar a UTIN com um ambiente negativo, assustador é muito comum, mas gera sentimentos ruins.¹²

A visão da UTIN após a hospitalização na unidade e o efeito na vida das mães

As participantes relataram que mudaram de opinião sobre a UTIN, após terem seus filhos hospitalizados, e como a hospitalização afetou suas vidas, atualmente as mães avaliam a unidade de maneira mais positiva, como um lugar de amparo, onde os profissionais são cuidadosos, um local de esperança, e a valorização dos profissionais da unidade, conforme a seguir:

Hoje vejo a uti com bons olhos, e não só um lugar que se vai quando o paciente já não tem mais esperança. P.10

Tive minha filha pelo sus, e fiquei com medo no começo dela não ter tudo que precisava, mas fui surpreendida, a uti era muito bem equipada e muitos profissionais competentes, cuidaram muito bem dela e de mim também. P. 28

Pude ver o quando é valioso o trabalho de todos os profissionais, vemos milagres acontecer todos os dias com nossos pequenos, afinal, a vida deles está se formando fora do nosso corpo agora. P.39

A convivência na UTIN desconstrói um pouco essa visão que as mães têm, pois com a permanência na unidade, elas podem acompanhar de perto tudo o que acontece com o seu filho, os procedimentos e os cuidados, desmistificando a ideia de que uma unidade de terapia intensiva é um lugar de mistério e de isolamento total.¹⁰

As mães observam o ambiente e principalmente a abordagem dos profissionais com os pacientes, a relação e o cuidado com seus filhos passam uma sensação de segurança, a visão de que o filho está sendo cuidado por um bom profissional e que ele possui a assistência necessária tranquiliza as mães, a necessidade de se ter profissionais qualificados, humanizados e empáticos, que sejam prestativos, acalmam as mães, pois elas se sentem seguras para tirar dúvidas, para conversar sobre suas aflições, pedir ajuda quando necessário, e reduz o medo da UTIN, pois observam que os profissionais que ali trabalham são devidamente capacitados e a grande maioria são dedicados e tem muita cautela com os procedimentos.¹³

A instrução para as mães acerca da uti neonatal e suas peculiaridades

Cerca de 47% das participantes relataram que não tiveram nenhuma instrução prévia ao serem informadas e direcionadas para UTIN, as que tiveram instrução, relataram que foi de maneira brusca, e que a equipe de enfermagem explicou de maneira mais detalhada, conforme a seguir:

Sim. Equipe de enfermagem me explicou detalhadamente e carinhosamente. P. 18

Só vieram com meu filho cheio de aparelho, numa incubadora, e disseram ele será encaminhado e quando a senhora estiver bem, você poderá ver seu filho, só! P. 7

Não até porque não tive tempo, após uma cesárea de emergência meu bebê. P.74

Na verdade, quando recebi a notícia ainda estava no centro cirúrgico, meu esposo que foi atrás de tudo, eu fui ter notícias quase 4 horas depois, quando subi para o quarto. P. 37

Existe uma necessidade de instrução as mães para prepará-las ao ter contato com a unidade de terapia intensiva neonatal, para que elas compreendam como é o funcionamento e as rotinas do setor, o ambiente físico, a importância de estar presente nessa fase e como é necessário para a recuperação da criança, além de explicar a situação em que o recém-nascido se encontra as necessidades e possibilidades que ele tem, afim de proporcionar que o primeiro contato entre mãe e filho seja prazeroso e diminuir o impacto que a internação e o ambiente causa. ⁹

Mudanças a respeito do tratamento e comportamento dos profissionais que atuam na UTIN

Grande parte das participantes relataram que não mudariam nada a respeito do tratamento e da conduta dos profissionais, entretanto, há participantes que relatam que mudariam o comportamento dos médicos, a forma de dar notícias ruins, ter um acesso maior a informação, a opinião acerca da equipe de enfermagem foi em sua maioria positiva, conforme a seguir:

Onde minha filha ficou só tenho coisas boas a dizer. Profissionais humanos de grande coração. Foram anjos na vida da minha bebê e na minha vida. Gratidão se resume a esses profissionais!!! P.34

Na enfermagem, não mudaria fomos muito acolhidos no hospital que meu filho ficou internado. Pelos médicos, eles precisam ser humanizados e pararem de tratar as pessoas como burras. P.28

Pelos médicos, foram deixadas muitas informações para trás. Pela enfermagem, foram excelentes! Me trataram muito bem, sempre atenciosas e fazendo o possível. P. 17

Espaço para nós pais, espaço para o descanso, para nossas alimentações, porque ficamos um dia inteiro ali sentados em cadeiras, psicólogo para o acompanhamento de nossas dores, e seres humanos mais verdadeiros! P.12

A relação dos profissionais com os familiares: para os pais, o profissional dar importância a família do paciente, é um dos significados de humanização, o ato de informar, tratar com atitude respeitosa e cuidadosa, esclarecer as dúvidas, dar apoio naquele momento difícil, é muito valorizado pelos pais, a empatia e a comunicação é primordial; o comportamento do profissional de saúde também é citado como um dos pilares da humanização, está ligada a dedicação, a vocação para as atividades, as atitudes do profissional, os pais observam os profissionais e percebem os que tem mais cuidado, os que são mais ocupados, e conseqüentemente confiam mais em uns do que em outros, esse vínculo de confiança é gerado através da análise comportamental de cada funcionário. ⁸

Conclusão

O presente estudo atendeu aos objetivos da pesquisa, visto que o objetivo do estudo era descrever os impactos causados na vida das mães de recém nascidos que são hospitalizados na unidade de terapia intensiva neonatal, foram entrevistadas 76 participantes, acerca das consequências geradas na vida da mãe, grande parte desses impactos são negativos, onde as mães ficam com transtornos psicológicos, como ansiedade e depressão, mas também a resiliência é fortalecida, sentimentos de força, coragem também são gerados e consolidados nessas mães. Ainda há pontos a serem aprimorados nas UTIN's, para que assim possa reduzir o número de impactos negativos gerados, conforme o estudo apresenta, a humanização é um fator muito importante nesse ambiente, que transforma e motiva as pessoas que estão passando por o período de internação. Existe uma necessidade de melhoria em questão da infraestrutura dessas unidades, e de um processo ininterrupto de humanização, onde exista uma construção diária acerca desse ponto.

Ao ter conhecimento dos sentimentos e da visão das mães sobre essa situação, torna-se mais evidente as condutas, as melhorias e até mesmo as ações dos profissionais de saúde na unidade de terapia intensiva neonatal.

Referências

1. Viera CS, Mello DF de, Oliveira BRG de, Furtado MC de C. Rede e apoio social familiar no seguimento do recém-nascido pré-termo e baixo peso ao nascer. Rev. Eletr. Enferm. 2010; 12(1): p. 119-119.
2. Smeha LN, Lima LG. A experiência da maternidade diante da internação do bebê em UTI: uma montanha russa de sentimentos. Psic. em Est. 2019; 24(1): 1.
3. Brasil. Portaria N° 1.683, de 12 de Julho de 2007, Ministério da saúde. 12 de abr. 2007.
4. Brasil. Portaria n° 930, de 10 de maio de 2012. Ministério da saúde. 10 de maio 2012.
5. Favaro M de, SF, Peres RS, Santos MA. Avaliação do impacto da prematuridade na saúde mental de puérperas. Psico-USF. 2012; 17(3): 457-65.
6. Gil AC, Métodos e técnicas de pesquisa social. São Paulo: Atlas. 2008; 6ª edição.
7. Souza KMO, Ferreira SD. Assistência humanizada em UTI neonatal: os sentidos e as limitações identificadas pelos profissionais de saúde. Ciência & Saúde Coletiva. 2010; 15(2): 471-80.
8. Noda LM, Alves MVMFF, Gonçalves MF, Silva FS, Fusco SFB, Avila. A humanização em Unidade de Terapia intensiva neonatal sob a ótica dos pais. Reme: Revista Mineira de Enfermagem. 2018; 22(1):1078-78.
9. Perlin DA, Oliveira SM, Gomes GC. A criança na unidade de terapia intensiva neonatal: impacto da primeira visita da mãe. Rev. Gaúcha de Enf. 2011; 32(3): 458-64.

10. Costa LM, Souza DSB. A compreensão da equipe de enfermagem quanto à importância do vínculo afetivo entre mãe e recém-nascido hospitalizado na UTI neonatal. *Arquivos de Ciências da Saúde, São José do Rio Preto*. 2011; 18(3): 101-8.
11. Santana EFM, Madeira LM. A mãe acompanhante na unidade de terapia intensiva neonatal: desafios para a equipe assistencial. *Rev. de Enf. do Centro Oeste Mineiro*. 2013; 3(1): 475-87.
12. Costa MCG, Arantes MQ, Brito MDC. A UTI Neonatal sob a ótica das mães. *Rev. Eletrônica de Enf.* 2010; 12(4): 698-704.
13. Cartaxo LS, Torquato JA, Agra G, Fernandes MA, Platel ICS, Freire MEM. Vivência de mães na unidade de terapia intensiva neonatal. *Revista de Enfermagem Uerj, Rio de Janeiro*. 2014; 22(4): 551-7.

Autor de Correspondência

Leila Batista Ribeiro
Alameda das Alpinias residencial Sun Flower
QD. 09 LT. 16 Anápolis, Goiás, Brasil.
profaleilaribeiro@gmail.com

O conhecimento de mulheres portadora de endometriose sobre a doença e o planejamento familiar

The knowledge of women with endometriosis about the disease and family planning

El conocimiento de las mujeres con endometriosis sobre la enfermedad y la planificación familiar

Thais Lima de Sousa¹, Rodrigo Marques da Silva², Leila Batista Ribeiro³, Samuel da Silva Pontes⁴

Como citar: Sousa TL, Silva RM, Ribeiro LB, Pontes SS. O conhecimento de mulheres portadora de endometriose sobre a doença e o planejamento familiar. REVISA. 2021; 10(2): 379-87. Doi: <https://doi.org/10.36239/revisa.v10.n2.p379a387>

REVISA

1. Centro Universitário Planalto do Distrito Federal. Águas Claras, Distrito Federal, Brasil.

<https://orcid.org/0000-0003-4345-7847>

2. Faculdade de Ciências e Educação Sena Aires. Valparaíso de Goiás, Goiás, Brasil.

<https://orcid.org/0000-0003-2881-9045>

3. Centro Universitário Planalto do Distrito Federal. Águas Claras, Distrito Federal, Brasil.

<https://orcid.org/0000-0001-8617-6469>

4. Centro Universitário Planalto do Distrito Federal. Águas Claras, Distrito Federal, Brasil.

<https://orcid.org/0000-0002-1862-7667>

Recebido: 13/01/2021
Aprovado: 12/03/2021

RESUMO

Objetivo: analisar o conhecimento da mulher portadora de endometriose sobre a sua doença e o planejamento familiar. **Método:** trata-se de um estudo quantitativo, transversal e descritivo realizado em maio de 2021 junto a 20 mulheres com endometriose inscritas em grupo específico no Instagram. Aplicou-se, via google forms, um questionário sociodemográfico e clínicos e um instrumento para avaliação do conhecimento das mulheres. Utilizou-se a estatística descritiva para a análise dos dados que ocorreu no Statistical Package for Social Science, versão 25,0. **Resultados:** embora 70% das mulheres saibam o que é planejamento familiar, houve predomínio daquelas que possuem dúvida a respeito da doença (85%), que não sabem qual serviço de saúde do Sistema Único é responsável pelo planejamento familiar(65%) e que não conhecem o seu direito ao planejamento familiar ou a fertilização in vitro(80%). Ainda, predominaram mulheres que possuem “algum conhecimento” da doença (40%). **Conclusão:** O conhecimento das mulheres a respeito da endometriose e planejamento familiar é limitado, sendo desconhecidos aspectos relativos à doença, ao acesso aos serviços de saúde e aos direitos sociais envolvidos.

Descritores: Planejamento Familiar; Endometriose; Saúde da Mulher.

ABSTRACT

Objective: to analyze the knowledge of women with endometriosis about the disease and family planning. **Method:** this is a quantitative, cross-sectional and descriptive study carried out in May 2021 with 20 women with endometriosis registered in a specific group on Instagram. A sociodemographic and clinical questionnaire and an instrument for assessing women's knowledge were applied via google forms. Descriptive statistics were used to analyze the data that occurred in the Statistical Package for Social Science, version 25.0. **Results:** although 70% of women know what family planning is, there was a predominance of those who have doubts about the disease (85%), who do not know which health service in the Unified System is responsible for family planning (65%) and who he does not know his right to family planning or in vitro fertilization (80%). Still, women with “some knowledge” of the disease predominated (40%). **Conclusion:** Women's knowledge about endometriosis and family planning is limited, being unknown related to the disease, access to health services and the social rights involved.

Descriptors: Family Planning; Endometriosis; Women's Health.

RESUMEN

Objetivo: analizar el conocimiento de las mujeres con endometriosis sobre la enfermedad y la planificación familiar. **Método:** se trata de un estudio cuantitativo, transversal y descriptivo realizado en mayo de 2021 con 20 mujeres con endometriosis inscritas en un grupo específico en Instagram. Se aplicó un cuestionario sociodemográfico y clínico y un instrumento para evaluar el conocimiento de las mujeres a través de formularios de google. Se utilizó estadística descriptiva para analizar los datos que ocurrieron en el Paquete Estadístico para Ciencias Sociales, versión 25.0. **Resultados:** si bien el 70% de las mujeres sabe qué es la planificación familiar, hubo predominio de las que tienen dudas sobre la enfermedad (85%), que desconocen qué servicio de salud del Sistema Unificado se encarga de la planificación familiar (65%) y quien desconoce su derecho a la planificación familiar o la fecundación in vitro (80%). Aún así, predominaron las mujeres con “algún conocimiento” de la enfermedad (40%). **Conclusión:** El conocimiento de las mujeres sobre la endometriosis y la planificación familiar es limitado, se desconoce su relación con la enfermedad, el acceso a los servicios de salud y los derechos sociales involucrados.

Descritores: Planificación Familiar; Endometriosis; Salud de la Mujer.

Introdução

A endometriose é uma condição inflamatória, definida por lesões de tecido semelhante ao endométrio, porém, fora da cavidade uterina com a presença de dor pélvica, infertilidade e dores na prática sexual. Estudos comprovam que as endometrioses afetam cerca de 176 milhões de mulheres em sua idade reprodutiva em todo mundo, podendo afetar cerca 5% a 15% destas mulheres em idade reprodutiva, 20% a 40% das mulheres que porta a endometriose possuem dificuldades para engravidar e 30% a 50% são inférteis.¹

Segundo o Ministério da saúde a complicações da Endometriose se dar através da aparição de endometrioma que são cistos instalados nos ovários, podendo assim comprometer a fertilidade da mulher. Outros órgãos que também podem ser afetados são: Bexiga, vagina, apêndice e intestino grosso². De acordo com o Ministério da Saúde (2012) no Brasil uma a cada dez mulheres são portadoras de Endometriose.² Entre os anos de 2009 e 2013, foram apontadas cercas 71.818 internações devido a complicações pela endometriose.³

Há uma dificuldade em encontrar profissionais de enfermagem que prestem assistência às portadoras de endometriose no Brasil, considerando que o papel do enfermeiro especialista em saúde da mulher é mais direcionado à gravidez e ao parto.⁴ Em 2018, foi sancionada a lei de nº 8.438/2018 que instituiu a Semana de Prevenção a Endometriose e Infertilidade no calendário oficial de Sergipe. Esta semana, inicia-se no Mês de Março, conhecido também como “março amarelo” para a conscientização mundial da Endometriose, em que promovem campanha de informação sobre a identificação doença e tratamento, porém é notável que devido ser recente as inovações existem mulheres que não possuem informações sobre a mesma.⁵

Segundo a assembleia legislativa do estado de Sergipe em uma audiência pública realizada na Escola do legislativo, no intuito de discutir sobre prevenção a Endometriose e Infertilidade, relatou-se que existem obstáculos, tais como a inexatidão de informações relevantes da doença ocasionando assim, a falta de conhecimento que causa ineficácia no diagnóstico e tratamento. Além disso, foi observado também que cerca de 7 milhões de mulheres no Brasil são portadoras de Endometriose e Inférteis.⁵

Desta maneira, segundo a Constituição da República Federativa do Brasil, as mulheres, homens e casais têm direito ao planejamento familiar e estão amparados pelo artigo 226, parágrafo 7º, e pela Lei 9.263, de 1996, que o regulamenta. Assim mulheres portadoras de Endometriose têm seus direitos garantidos por lei sobre tratamentos medicamentoso ou cirúrgico para que seja feita o planejamento familiar ou a fertilização.⁶ A partir destes dados, questiona-se: A mulher portadora de endometriose tem conhecimento sobre sua doença e sobre o planejamento familiar?

Nesse sentido o objetivo do estudo foi analisar o conhecimento da mulher portadora de endometriose sobre a sua doença e o planejamento familiar.

Método

Trata-se de um estudo quantitativo, transversal e descritivo. A coleta de dados ocorreu, por meio digital, em maio de 2021 junto a 20 mulheres pertencentes a um grupo destinado a endometriose e hospedado na plataforma

digital Instagram. Incluíram-se mulheres seguidoras de uma página voltada a Endometriose no Instagram; que aceitassem participar da pesquisa entre 1 e 30 de maio de 2021; portadora de endometriose ovariana, profunda e ou intestinal; e com idade igual ou superior a 18 anos. Excluíram-se aquelas que estavam no grupo, porém não tinham diagnóstico médico de endometriose.

Para abordagem dos sujeitos, o estudo foi inicialmente divulgado grupo supracitado, sendo então enviado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e um protocolo de pesquisa por meio de link da plataforma Google Forms para os participantes. Ao abrir o link, primeiramente foi apresentado o TCLE e, somente após sua assinatura, a pesquisa foi iniciada do protocolo elaborado pelos autores.

O protocolo de pesquisa foi composto por dados demográficos, clínicos e questões específicas para avaliação do conhecimento das mulheres. Como dados sociodemográficos, incluíram-se: idade, estado civil e nível de escolaridade. Na avaliação clínica, questionou-se sobre gravidez prévia, acesso aos serviços de saúde, orientações recebidas ou não no serviço de saúde, a garantia dos direitos ao planejamento familiar pelos profissionais de saúde no serviço.

A avaliação do conhecimento das mulheres sobre a endometriose foi realizada por meio de 6 questões, sendo 2 abertas e 4 fechadas. As questões abertas foram avaliadas de por meio de análise temática, obtendo-se categorias temáticas a partir das similaridades nas falas das sujeitas. As questões fechadas continham duas opções de resposta, sim e não, sendo estabelecido um escore 1 para respostas corretas e 0 para as incorretas ou que indicam desconhecimento sobre o item em questão. Assim, o escore final de cada sujeito variou de 0 a 4, sendo 0 nenhum conhecimento sobre o assunto, 1 -Algum conhecimento, 2-Bom conhecimento, 3-Ótimo conhecimento; 4- Excelente conhecimento.

Para organização e análise dos dados, foi criado um banco de dados no programa Excel (Office 2010) e utilizado o Pacote estatístico *Statistical Package for Social Sciences* (Versão 25.0). As variáveis qualitativas foram apresentadas em valores absolutos(n) e percentuais (n%). As variáveis quantitativas foram expostas em medidas descritivas: valores mínimos e máximos, média e desvio padrão. Utilizou-se o sistema Wordle para a construção da nuvem de palavras para as questões: “O que é a Endometriose para você?” e “Qual sua maior queixa a respeito da doença?”. Essa técnica consiste em usar tamanhos e fontes de letras diferentes de acordo com a frequência das palavras no texto analisado.⁷

Atendendo às Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos (Resolução CNS 466/12), este estudo foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da instituição proponente, sendo aprovado em 28 de abril de 2021 sob parecer número 4.678.003. Além disso, junto da apresentação do estudo e seus objetivos, foi disponibilizado para download, um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido junto aos instrumentos, o qual foi assinado, autorizando a participação voluntária na pesquisa.

Resultados

A população do estudo foi composta por 20 portadoras de Endometriose inscritas em uma página do Instagram voltado a este tema. Na Tabela 1, apresentam-se os dados sociodemográficos dessas mulheres.

Tabela 1- Dados Sociodemográficos de portadoras de Endometriose inscritas em uma página do Instagram. (n=20). Brasília, 2021

Variáveis Categóricas			
Variável	Categoria	n	%
Estado Civil	Solteira	8	40,0
	Casada/Vivendo com parceiro	12	60,0
	Divorciada / Separada	0	0
	Viúva	0	0
Nível de Escolaridade	Ensino Básico	0	0
	Ensino Médio	13	70,0
	Ensino Superior	7	30,0
Variáveis contínuas			
Variável	Mínimo-Máximo	Média	DP*
Idade	21- 44	30,8	6,8

*Desvio- Padrão

De acordo com a Tabela 1, verifica-se a predominância de mulheres casadas/convivendo com o parceiro (60%), com ensino médio completo (70%) e que possuem, em média, 30,8 anos (Dp 3,8) de idade. Na tabela 2, apresentam-se os dados clínicos das portadoras de Endometriose.

Tabela 2- Dados clínicos de mulheres portadoras de endometriose inscritas em uma página do Instagram (n=20). Distrito Federal, 2021

Variável	Categoria	n	%
O que te levou a questionar se você era uma portadora da Endometriose?	Por Acaso/ consultas de rotinas	6	30,0
	Dor/ Cólicas intensas	14	70,0
Você já engravidou? Se sim, teve dificuldades para isto?	Sim com dificuldade	3	15,0
	Sim sem dificuldade	5	25,0
	Não mas deseja e segue tentando	4	20,0
Se você procurou um Serviço de saúde para o planejamento familiar, como foi a sua experiência? Teve orientações sobre o seu direito?	Nunca engravidou	8	40,0
	Procurou e teve orientações	0	0
Algum momento você se sentiu mal por ter procurado o seu direito ao planejamento familiar e ele de alguma forma foi negado? Se sim, me conte sobre essa situação.	Procurou, mas não teve orientações	5	25,0
	Nunca procurou/ Desconhece do assunto	15	75,0
	Sentiu-se que o direito foi negligenciado	0	0
	Não se sentiu com o seu direito negado	6	30,0
	Não procurou/ Nunca precisaram	14	70,0

Na tabela 2, observa-se que a presença de dor e cólicas intensas (70%) foi o que mais levou as mulheres a se questionarem se eram portadoras de endometriose. Ainda, predominaram mulheres que nunca engravidaram (40%), que nunca procuraram o serviço de saúde (75%) e não procuraram e/ou não precisaram utilizar desse serviço até o momento (70%). Na tabela 3, apresenta-se a avaliação quantitativa do conhecimento das mulheres sobre endometriose e planejamento familiar.

violentadas e comercializadas, pois necessitaram de dinheiro para realização de tratamentos para amenização das dores.¹² Pode-se observar que os autores trouxeram pesquisas essenciais, demonstrando relatos e experiências que possibilitaram ao leitor compreender dados e estatísticas proveniente desse assunto.

Embora 70% das mulheres saibam o que é planejamento familiar, há predomínio daquelas que possuem dúvida a respeito da endometriose (85%), que não sabem qual serviço de saúde fornecido pelo SUS é responsável pelo planejamento familiar (65%) e que não conhecem o seu direito ao Planejamento familiar ou a Fertilização In Vitro (80%). Além disso, predominaram mulheres que possuem algum conhecimento da doença planejamento familiar e f

ertilidade (40%). Uma pesquisa com 24 mulheres de uma Unidade Básica de Saúde da Família do Ceará relatou que o planejamento familiar, para elas, tinha como significado a contracepção com o uso de anticoncepcional hormonal oral e preservativo masculino. Observou-se também que 10 mulheres relataram o desconhecimento total sobre o assunto.¹³ Um Estudo com 237 mulheres atendidas em dois hospitais de referência do Rio de Janeiro em endometriose verificou que 49,5% eram inférteis.¹⁴ Dessa maneira, pode-se observar a necessidade de informação para mulheres portadoras de endometriose por meio ações de educação em saúde pelos profissionais de enfermagem a fim de que elas saibam aonde e como encontrar o apoio necessário quando do surgimento dos sintomas.

A respeito da questão “O que é a endometriose para você?”, as palavras mais frequentes nas respostas das mulheres neste estudo foram: doença, dores, sofrimento e incapacitante, ou seja, elas percebem a endometriose como uma doença incapacitante que envolve sofrimento e dor. Sobre isso, em estudo com mulheres portadoras de Endometriose, elas descreveram a dor como “esmagadora” e “opressora”.¹⁵ Em pesquisa internacional com o objetivo de explorar as percepções de dezoito mulheres sobre a vivência com a endometriose, foi relatada a Dor como intensa e crônica como características principais da doença, sendo esses capazes de interferir em seu desenvolvimento social, profissional e educacional.¹⁶ De acordo com estes achados, pode-se dizer que a sintomatologia da doença afeta fortemente mulheres que possuem essa comorbidade, já que os relatos sobre os sintomas e como eles afetam os estilos de vida têm se destacados neste e em outros estudos.

Sobre o significado de endometriose, as palavras que mais aparecem nas respostas das mulheres foram: dores, doença, diagnóstico e abdominal, ou seja, elas sabem que se trata de uma doença abdominal que requer diagnóstico e que envolve muitas dores como sintoma. Em um estudo que teve como objetivo a compreensão do diagnóstico tardio da doença com 29 participantes., foi descrito que, apesar das dores que sentiam, ao procurarem ajuda não a conseguiam com facilidade. A pesquisa também observou negligência estrutural ligada a questão de gênero e que, para o diagnóstico, as mulheres necessitavam procurar, em média, 5,3 médicos diferentes.¹⁷ Essas informações são essenciais para a compreensão de como a dor é a característica mais relatada nesta patologia e que leva as mulheres mais diretamente a busca pelo diagnóstico. Todavia, para que isso ocorra de forma efetiva e satisfatória a elas, necessita-se de profissionais de saúde com capacidade e conhecimento que possam auxiliar a paciente a

compreender a doença e seus sintomas, produzindo assim boas experiências e suporte eficaz para as portadoras de endometriose.

Conclusão

O conhecimento das mulheres a respeito da endometriose e planejamento familiar é limitado e aspectos importantes relacionados à doença, ao acesso aos serviços de saúde e aos direitos sociais envolvidos não são conhecidos pela maior parte das mulheres com endometriose.

Agradecimento

Os autores não receberam financiamento para esse estudo.

Referências

1. Johnson NP, Hummelshoj L; World Endometriosis Society Montpellier Consortium. Consensus on current management of endometriosis. Hum Reprod. 2013 Jun;28(6):1552-68. <https://doi.org/10.1093/humrep/det050>
2. BRASIL. Biblioteca virtual em saúde. Endometriose. 2012. Acesso em 13 Abr 2021. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/dicas/250_endometriose.html
3. São Bento PAS, Moreira MCN. A experiência de adoecimento de mulheres com endometriose: narrativas sobre violência institucional. Ciênc. saúde coletiva. 2017; 22(9): 3023-32.
4. Spigolon DN, Moro CMC Arquétipos do Conjunto de Dados Essenciais de Enfermagem para Atendimento de Portadoras de Endometriose. Rev Gaúcha Enferm. 2012; 33(4):22-32. Doi: <https://doi.org/10.1590/S1983-14472012000400003>
5. Brasil. Superior tribunal de justiça. Fertilização in vitro: ciência e Justiça unidas para garantir o sonho da maternidade. Brasília: Ministério da Justiça; 2019.
6. Brasil. Presidência da República Casa Civil. Lei Nº 9.263, de 12 de Janeiro de 1996. Brasília: Casa Civil; 1996.
7. Carvalho Jr PM, Rosa RSL, Sgambatti MS, Adachi EA, Carvalho VCL. Avaliação do programa de residência multiprofissional em saúde da família: uma análise qualitativa através de duas técnicas. Revista HUPE. 2012;11 (1):114-9.
8. Ramos ELA, Soeiro VMS, Rios CTF. Mulheres convivendo com endometriose: percepções sobre a doença. Ciência & Saúde 2018;11(3):190-7. Doi: <http://dx.doi.org/10.15448/1983-652X.2018.3.28681>
9. Bellelis P, et al. Aspectos epidemiológicos e clínicos da endometriose pélvica: uma série de casos. Rev. Assoc. Med. Bras. 56 (4): 467-71. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-42302010000400022>
10. Bellelis P, Podgac S, Abrão MS. Fatores ambientais e endometriose. Rev Assoc Med Bras. 2011; 57(4): 456-61.
11. Chapron C, Lang JH, Leng JH, Zhou Y, Zhang X, Xue M, Popov A, Romanov V, Maisonobe P, Cabri P. Factors, and regional differences associated with endometriosis: a multicountry, case-control study. Adv Ther. 2016;33(8):1385-407.

12. Bento PASS, Moreira MCN. Quando os olhos não veem o que as mulheres sentem: a dor nas narrativas de mulheres com endometriose. *Physis*: 2018; 28 (03): e280309. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312018280309>
13. Silva RM, Araújo KNC, Bastos LAC, Moura ERF. Planejamento familiar: significado para mulheres em idade reprodutiva. *Ciênc. saúde coletiva*. 2011; 16 (5): 2415-24. Doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000500010>
14. Cardoso JV, et al. Epidemiological profile of women with endometriosis: a retrospective descriptive study. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.* 2020; 20 (4): 1057-67 <https://doi.org/10.1590/1806-93042020000400008>
15. Denny E. Women's experience of endometriosis. *J Adv Nurs*. 2004 Jun;46(6):641-8. Doi: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2004.03055.x>
16. Huntington A, Gilmour JA. A life shaped by pain: women and endometriosis. *J Clin Nurs*. 2005 Oct;14(9):1124-32. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2005.01231.x>.
17. Brilhante AVM, Oliveira LAF, Lourinho LA, Manso AG. Narrativas autobiográficas de mulheres com endometriose: que fenômenos permeiam os atrasos no diagnóstico? *Physis*. 2019; 29 (03): e290307 <https://doi.org/10.1590/S0103-73312019290307>

Autor de Correspondência

Leila Batista Ribeiro
Alameda das Alpinias residencial Sun Flower
QD. 09 LT. 16 Anápolis, Goiás, Brasil.
profaleilaribeiro@gmail.com

Cuidado farmacêutico para pessoas com diabetes mellitus em uso de insulina

Pharmaceutical care in persons with diabetes mellitus using insulin

Atención farmacéutica para personas con diabetes mellitus por uso de insulina

Luana da Cruz de Oliveira¹, Gizelly Braga Pires², Bruno Rodrigues Alencar³, Tatiane de Oliveira Silva Alencar⁴

Como citar: Oliveira LC, Pires GB, Alencar BR, Alencar TOS. Cuidado farmacêutico para pessoas com diabetes mellitus em uso de insulina. *REVISA*. 2021; 10(2): 388-99. Doi: <https://doi.org/10.36239/revisa.v10.n2.p388a399>

REVISA

1. FarmeBrito Ltda. Feira de Santana, Bahia, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0001-7097-9363>

2. Universidade Estadual de Feira de Santana, Departamento de Saúde. Feira de Santana, Bahia, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0003-3853-5687>

3. Universidade Estadual de Feira de Santana, Departamento de Saúde. Feira de Santana, Bahia, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0001-9871-3073>

4. Universidade Estadual de Feira de Santana, Departamento de Saúde. Feira de Santana, Bahia, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0001-6257-5633>

Recebido: 23/01/2021
Aprovado: 22/03/2021

RESUMO

Objetivo: Identificar o perfil de saúde e farmacoterapêutico dos usuários de insulina cadastrados em uma unidade de saúde; e discutir o plano de cuidados adotado para estes pacientes, fundamentado em método de cuidados farmacêuticos. **Método:** Trata-se de estudo descritivo de abordagem qualitativa, realizado por meio de uma pesquisa de campo, tendo como cenário de intervenção propriamente dito uma Unidade de Saúde da Família, de um município baiano, envolvendo 20 usuários. A pesquisa se dividiu em duas etapas: identificação do perfil de saúde e farmacoterapêutico dos usuários de insulina e definição do plano de cuidados, com base numa adaptação dos métodos Dáder e Pharmacotherapy Workup. **Resultados:** No processo de cuidado farmacêutico, foram realizadas 46 intervenções envolvendo estratégias farmacológicas e de educação em saúde, sendo possível constatar melhoria nos resultados de saúde dos pacientes acompanhados. **Conclusão:** Os resultados apontam o cuidado farmacêutico como estratégia promotora de melhor qualidade de vida a esses pacientes, e também indícios de que, no processo de assistência aos pacientes com diabetes em uso de insulina, nas unidades de saúde, há carências de informações, dificultando a adesão ao tratamento e às práticas de autocuidado.

Descritores: Diabetes Mellitus; Insulina; Cuidados Farmacêuticos.

ABSTRACT

Objective: To identify the health and pharmacotherapeutic profile of insulin users registered in a health unit; and discuss the care plan adopted for these patients, based on a pharmaceutical care method. **Method:** This is a descriptive study with a qualitative approach, carried out through field research, with the intervention scenario itself being a Family Health Unit, in a municipality in Bahia, involving 20 users. The research was divided into two stages: identification of the health and pharmacotherapeutic profile of insulin users and definition of the care plan, based on an adaptation of the Dáder and Pharmacotherapy Workup methods. **Results:** In the pharmaceutical care process, 46 interventions were carried out involving pharmacological strategies and health education, and it was possible to observe an improvement in the health results of the patients monitored. **Conclusion:** The results point to pharmaceutical care as a strategy that promotes better quality of life for these patients, and also evidence that, in the process of assisting patients with diabetes using insulin, in health facilities, there is a lack of information, making it difficult adherence to treatment and self-care practices. **Descriptors:** Diabetes Mellitus; Insulin; Pharmaceutical Care.

RESUMEN

Objetivo: Identificar el perfil de salud y farmacoterapêutico de los usuarios de insulina registrados en una unidad de salud; y discutir el plan de atención adoptado para estos pacientes, basado en un método de atención farmacéutica. **Método:** Se trata de un estudio descriptivo con enfoque cualitativo, realizado a través de investigación de campo, siendo el escenario de intervención en sí una Unidad de Salud de la Familia, en un municipio de Bahía, involucrando a 20 usuarios. La investigación se dividió en dos etapas: identificación del perfil de salud y farmacoterapêutico de los usuarios de insulina y definición del plan de cuidados, a partir de una adaptación de los métodos de Dáder y Pharmacotherapy Workup. **Resultados:** En el proceso de atención farmacéutica se realizaron 46 intervenciones que involucraron estrategias farmacológicas y educación para la salud, y se pudo observar una mejora en los resultados de salud de los pacientes monitoreados. **Conclusión:** Los resultados apuntan a la atención farmacéutica como una estrategia que promueve una mejor calidad de vida para estos pacientes, y también evidencian que, en el proceso de atención a los pacientes con diabetes con insulina, en los establecimientos de salud, existe una falta de información, por difícil adherencia al tratamiento y prácticas de autocuidado.

Descritores: Diabetes Mellitus, Insulina, Atención Farmacéutica.

ORIGINAL

Introdução

O diabetes melitus é um importante e crescente problema de saúde pública em todos os países, e o Brasil ocupa a quarta posição entre os 10 países com maior número de pessoas com diabetes, entre 20 e 79 anos, conforme dados da Federação Internacional de Diabetes.¹ Esta organização alerta ainda que os países em desenvolvimento concentram cerca de 79% dos casos, devendo ocorrer maior aumento nas próximas décadas. Assim, estimou que, se as tendências persistirem, há uma projeção superior a 628,6 milhões de casos de diabetes, em 2045. Neste contexto, a Sociedade Brasileira de Diabetes chama atenção para aumento da mortalidade, de complicações e de doenças associadas ao diabetes.²

O tratamento do diabetes é complexo e exige a participação intensa do paciente que precisa ser capacitado para o autocuidado³ e também a assistência de uma equipe de profissionais colaborativos e interdisciplinares para que seja obtidos resultados efetivos.⁴ Neste processo, o trabalho do farmacêutico no acompanhamento do controle glicêmico é indispensável para atender as demandas de cuidados através de atividades assistenciais, sendo esta uma evidência constatada em diversos países.⁵⁻⁶

Dentre essas atividades, tem-se o cuidado farmacêutico, que consiste num modelo de prática que orienta a provisão de diferentes serviços farmacêuticos diretamente destinados ao paciente, à família e à comunidade, visando à prevenção e resolução de problemas da farmacoterapia, ao uso racional dos medicamentos, à promoção, à proteção e à recuperação da saúde, bem como à prevenção de doenças e de outros problemas de saúde.⁷

A finalidade principal da prática do cuidado farmacêutico em pessoas com doenças crônicas é melhorar os resultados clínicos, minimizar os cuidados de saúde não programados e contribuir para a qualidade de vida dos pacientes. Particularmente em relação ao cuidado de pessoas com diabetes, estudos têm demonstrado a potente contribuição do farmacêutico no provimento de melhoras na condição de saúde desses pacientes.⁸⁻⁹

Com base nessa premissa, este artigo visa identificar o perfil de saúde e farmacoterapêutico dos usuários de insulina cadastrados em uma unidade de saúde; e discutir o plano de cuidados adotado para estes pacientes, fundamentado em método de cuidados farmacêuticos.

Método

Trata-se de estudo descritivo de abordagem qualitativa, realizado por meio de uma pesquisa de campo. O campo de intervenção propriamente dito foi uma Unidade de Saúde da Família (USF), de um município baiano, que conta com uma equipe de 23 trabalhadores de saúde, sem incluir o farmacêutico. Essa intervenção foi realizada no período entre janeiro de 2017 a abril de 2018, totalizando quatorze meses.

Os participantes envolvidos foram todos os usuários que utilizavam insulina na sua terapia antidiabética, compondo um quantitativo de 25 pessoas, as quais foram identificadas por meio dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Desse total, cinco pessoas não foram encontradas, obtendo-se, portanto, um total de 20 participantes. Os encontros com os participantes da pesquisa foram realizados por meio de visitas domiciliares acompanhadas pelos ACS.

A pesquisa foi aprovada por Comitê de Ética sob protocolo nº 1.842.331 e dividiu-se em duas etapas: identificação do perfil de saúde e farmacoterapêutico dos usuários de insulina e definição do plano de cuidados. Para a primeira etapa foi utilizado como instrumento de coleta de dados um formulário (perguntas objetivas e subjetivas) dividido em três categorias: dados socioeconômicos, histórico sobre o estado de saúde e consumo e atitude frente à tomada de medicamentos. Para a segunda etapa foi realizada a avaliação da terapêutica e definido o plano de cuidados farmacêuticos, com base numa adaptação dos métodos Dáder e Pharmacotherapy Workup (PW).

No plano de cuidados, foi estabelecida a meta glicêmica adotada pela Sociedade Brasileira de Diabetes (2019) de glicemia pós-prandial inferior a 160mg/dL e a Hemoglobina glicada (HbA) menor que 7,0%. Para o estudo de possíveis interações medicamentosas e contraindicações, utilizou-se as bases de dados do software Drugdex System - Thomsom Micromedex®, Interactions, Drug Interaction Checker - Medscape® e o Formulário Terapêutico Nacional 2010.

O processo de intervenção inicialmente ocorreu por meio da criação e disponibilização de quadro posológico individual, ficha para anotação das medidas de glicemia e cartilha informativa sobre o diabetes (elaboração dos autores), seguida de uma explanação oral acerca da importância do uso racional de medicamentos, da prática de atividade física regular e alimentação adequada para o controle glicêmico. A avaliação da farmacoterapia fundamentou-se na identificação de Problemas Relacionados a Medicamentos.¹⁰

Resultados

A partir dos dados coletados nas visitas domiciliares, traçou-se o perfil farmacoterapêutico dos participantes, conforme pode ser verificado na Tabela 1.

Tabela 1 - Perfil farmacoterapêutico de pessoas com diabetes em uso de insulina, cadastrados em uma Unidade de Saúde da Família, de um município baiano (n=20). Bahia, 2018.

Variáveis	n	%
Sexo		
Feminino	08	40,0
Masculino	12	60,0
Idade	n	%
<60 anos	11	55,0
≥ 60 anos	09	45,0
Histórico familiar de diabetes	n	%
Sim	17	85,0
Não	03	15,0
Outras patologias associadas	n	%
Não	02	10,0
Sim	18	90,0
Hipertensão	12	66,7
Outras	06	33,3
Índice de Massa Corpórea (IMC)	n	%
Acima do peso (≥25 kg/m ²)*	07	35,0
Dentro da normalidade (>18,5 kg/m ² ≤ 24,9 kg/m ²)*	07	35,0

Abaixo do peso ($\leq 18,5$ kg/m ²)*	04	20,0
Não sabe o peso e altura	02	10,0
Prática regular de atividade física	n	%
Sim	09	45,0
Não	11	55,0
Monitoramento laboratorial dos níveis glicêmicos	n	%
Quinzenal	01	5,0
Mensal	01	5,0
Trimestral	11	55,0
Semestral	04	20,0
Annual	02	10,0
A cada dois anos ou mais	01	5,0
Monitoramento dos níveis glicêmicos utilizando o glicosímetro	n	%
Não realiza	09	45,0
Realiza diariamente	02	10,0
Realiza entre duas a três vezes por semana	05	25,0
Realiza semanalmente	03	15,0
Realiza mensalmente	01	5,0
Resultado da última medida glicêmica	n	%
Dentro dos parâmetros de normalidade	03	15,0
Acima dos parâmetros de normalidade	13	65,0
Não há registro/ não se recorda	04	20,0
Cuidado com os pés	n	%
Realiza diariamente	08	40,0
Realiza entre duas a três vezes por semana	06	30,0
Realiza semanalmente	04	20,0
Não se aplica (paciente com membros inferiores amputados)	02	10,0
Complicações relacionadas ao diabetes	n	%
Amputação dos membros inferiores	02	10,0
Insuficiência renal	01	5,0
Acidente Vascular Cerebral (AVC)	01	5,0
Nenhuma complicação	16	80,0
Reação adversa à medicamentos	n	%
Não	06	30,0
Sim	14	70,0
Hipoglicemia	05	35,7
Desconforto gastrointestinal	02	14,3
Outros	07	50,0
Aplicação da insulina	n	%
Aplica sozinho	10	50,0
Auxílio de familiar ou serviço de saúde	10	50,0
Rodízio nos locais de aplicação da insulina	n	%
Sim	15	75,0
Não	05	25,0

Armazenamento correto da insulín	n	%
Sim	08	40,0
Não (porta da geladeira)	12	60,0
Falta de adesão nos últimos quinze dias	n	%
Não	10	50,0
Sim (motivos):	10	50,0
Hipoglicemia	02	20,0
Esquecimento	02	20,0
Motivos financeiros	02	20,0
Orientação para interromper ou pausar o tratamento	01	10,0
Cuidador não estava no horário da aplicação	01	10,0
Fez uso de bebida alcoólica	01	10,0
Fez exame laboratorial	01	10,0

* Classificação internacional da obesidade segundo o índice de massa corporal (IMC) da Organização Mundial da Saúde

Concluída a elaboração do perfil farmacoterapêutico, realizou-se a avaliação da farmacoterapia. No total, foram identificados 28 Problemas Relacionados a Medicamentos (PRM) nos 20 pacientes acompanhados (Tabela 2).

Tabela 2 - Classificação dos Problemas Relacionados a Medicamentos com suas respectivas ocorrências no estudo (n= 28). Bahia, 2018.

TIPO DE PRM	n	%
Necessidade		
1. Não toma o medicamento que necessita	01	5,0
2. Toma o medicamento que não necessita	01	5,0
Efetividade		
3. Toma um medicamento que não é efetivo por razões não quantitativas	07	35,0
4. Toma um medicamento que não é efetivo por razões quantitativas	01	5,0
Segurança		
5. Toma um medicamento que não é seguro por razões não quantitativas	07	35,0
6. Toma um medicamento que não é seguro por razões quantitativas	01	5,0
Adesão		
7. Não toma o medicamento que necessita	10	50,0

Tendo sido identificado o perfil dos pacientes com diabetes no cenário de investigação, a etapa seguinte da pesquisa consistiu no estabelecimento do plano de cuidados dos pacientes, conforme o consentimento destes pacientes em participarem dessa etapa. Neste caso, quatro dos 20 pacientes concordaram em

participar e foram acompanhados durante seis meses. A fim de preservar a identidade deles, estabeleceu-se um código para nomeá-los.

Paciente I

J.C.D.S., sexo masculino, 52 anos, casado, alfabetizado, aposentado. Negou uso de bebida alcoólica, tabagismo, prática de atividade física e alimentação adequada para o quadro patológico. Além do diabetes, possui diagnóstico de arritmia. Faz uso contínuo de insulina NPH, ácido acetilsalicílico 100mg, succinato de metoprolol 50mg, furosemida 40mg, maleato de enalapril 5mg, sinvastatina 10mg e cloridrato de amitriptilina 25mg.

No primeiro contato o paciente relatou não adesão ao succinato de metoprolol 50mg nos últimos dias devido ao alto custo, e que não administra a insulina à noite quando a glicemia se encontra abaixo de 100mg/dL (PRM 7). Relatou não necessitar de ajuda para aplicar a insulina, pratica o rodízio e aplica nos locais adequados. No entanto, ao demonstrar como faz a aplicação da insulina percebeu-se que a administração estava sendo por via intramuscular, fato que altera o início e duração de ação da mesma (PRM 3).

Para solucionar o PRM 7, foi sugerida ao paciente a intercambialidade do medicamento succinato de metoprolol 50mg da marca comercial de referência pelo equivalente genérico, cujo custo é menor. Na visita seguinte foi identificada a compra do medicamento genérico, favorecendo assim a adesão à terapêutica.

Em relação a não administração da insulina NPH à noite por medo de apresentar hipoglicemia, o paciente foi orientado sobre o tempo de início e duração de ação deste tipo de insulina. Em relação à hipoglicemia foi orientado a comunicar-se com o prescritor sobre essa reação adversa. O prescritor ajustou a dose, reduzindo-a em quatro unidades, solucionando assim o problema de reação adversa que influenciava a adesão à terapêutica.

Para solucionar o PRM 3, foi ensinada a técnica de administração de insulina por via subcutânea, ressaltando a importância de “realizar a prega” no local. Nas visitas seguintes, J.C.D.S. foi questionado quanto a técnica adotada e demonstrou realizar de forma correta. Os exames laboratoriais realizados após esta intervenção indicaram melhora nos níveis glicêmicos de jejum, pós-prandial e HbA.

A partir da identificação dos medicamentos utilizados, realizou-se o estudo de possíveis interações medicamentosas e contraindicações. Foram identificadas possíveis interações entre ácido acetilsalicílico e maleato de enalapril, podendo ocorrer diminuição da função renal, do efeito anti-hipertensivo e alteração nos níveis de potássio; maleato de enalapril e furosemida, com possível diminuição da função renal; ácido acetilsalicílico e furosemida, possibilitando redução do efeito da furosemida. Desta forma, o paciente foi orientado a monitorar a pressão arterial rotineiramente. Com a análise dos exames que avaliam a função renal e a dosagem de potássio, foi observado que se encontravam dentro das normalidades, segundo os valores de referência, assim como a pressão arterial. Desse modo, tais medicamentos são passíveis de serem administrados concomitantemente nesse caso, apesar das

interações relatadas na literatura, porém requer do médico e do farmacêutico acompanhamento contínuo da função renal e dos níveis de potássio.

Quanto à contraindicação do succinato de metoprolol em pacientes com diabetes, devido ao risco de mascarar os sintomas de hipoglicemia (PRM 5 - potencial), o paciente foi orientado a realizar o monitoramento glicêmico a partir do teste da ponta do dedo sempre que for administrar a insulina.

O cloridrato de amitriptilina é contraindicado em caso de arritmia (PRM 5) e o paciente utilizava este medicamento para tratar a insônia e dor associada a Chikungunya, mesmo não apresentando mais os sintomas (PRM2). A orientação foi relatar a situação ao médico que decidiu suspender o uso, fato constatado nas visitas posteriores.

Paciente II

E.S.F., sexo feminino, 74 anos, solteira, alfabetizada, aposentada. Negou uso de bebida alcoólica, tabagismo, prática de atividade física e alimentação adequada para o quadro patológico. Além do diabetes, possui hipertensão arterial. Faz uso contínuo de insulina NPH, insulina regular, cloridrato de metformina 850mg e maleato de enalapril 20mg. Relatou não necessitar de ajuda para aplicar a insulina, realiza o rodízio e aplica nos locais adequados, entretanto, armazenava de forma incorreta, colocando-a na porta da geladeira.

Desconhecia os principais sintomas da hipoglicemia, realizava o cuidado com os pés apenas uma vez por semana, afirmou alergia ao medicamento diclofenaco de potássio e não realizava o monitoramento diário da glicemia. A partir dessas observações, fez-se o processo de intervenção também por meio da criação e disponibilização de folder sobre alergia a medicamentos anti-inflamatórios e analgésicos (elaboração dos autores), com o intuito de evitar reações adversas.

Quando foi questionada sobre a posologia dos medicamentos que utiliza, foi notado que utilizava o cloridrato de metformina 850mg apenas duas vezes ao dia, sendo que foi prescrito três vezes ao dia (PRM 7). Deste modo, a paciente foi orientada a utilizar corretamente, de acordo com a prescrição, fato confirmado nas visitas posteriores. De forma a minimizar o desconforto gastrointestinal relatado pelo uso da metformina, foi recomendada a administração durante ou após as refeições. Ao verificar o exame laboratorial realizado após a intervenção, foi verificada a redução da HbA e glicemia pós-prandial.

A paciente apresentou também queixa de sudorese, taquicardia e visão turva eventualmente após a administração da insulina regular. Ao questioná-la, percebeu-se que não se alimentava após a aplicação, levando ao quadro de hipoglicemia (PRM 5). Assim, ela foi orientada a utilizar este medicamento de 15 a 30 minutos antes da refeição e nas visitas seguintes foi evidenciado o desaparecimento destes sintomas.

A partir da análise da farmacoterapia, foi identificada uma possível interação medicamentosa entre maleato de enalapril + cloridrato de metformina, onde há o risco de desenvolvimento de acidose lática e hipercalemia (PRM 5 - potencial). A partir desta identificação, a cada visita foi avaliado os níveis de potássio e a possível presença de sinais de acidose lática, entretanto não foi identificado nenhum achado clínico significativo.

Paciente III

L.S.F., sexo feminino, 51 anos, casada, alfabetizada, economicamente ativa. Negou uso de bebida alcoólica, tabagismo, prática de atividade física e alimentação adequada para o quadro patológico. Além do diabetes, possui hipertensão arterial. Faz uso contínuo de insulina NPH, insulina regular, cloridrato de metformina 850mg, maleato de enalapril 20mg, sinvastatina 10mg e ácido acetilsalicílico 100mg. Afirmou alergia a dipirona.

A paciente relatou necessitar de ajuda para administrar a insulina por medo de realizar a autoadministração. Entretanto negou pedir ajuda a familiares e vizinhos por não querer incomodar, evidenciando a não adesão ao tratamento com insulina (PRM 7). Além disso, armazenava a insulina de forma incorreta, colocando-a na porta da geladeira. A paciente admitiu que a não administração da insulina e o armazenamento incorreto possam estar comprometendo os resultados clínicos (PRM 3).

A partir dessas observações, foi conversado com a mesma a importância do uso da insulina para controle glicêmico e fez-se o processo de intervenção inicialmente por meio da disponibilização de folder, elaborado pelos autores, sobre alergia a medicamentos anti-inflamatórios e analgésicos. A partir das visitas, percebeu-se a melhora na adesão, entretanto, a paciente ainda relatava medo de administrar a insulina. Foi sugerido uma consulta com o psicólogo do Núcleo de Ampliado de Saúde da Família e atenção básica- NASF-AB, entretanto a paciente demonstrou não estar de acordo, não aceitando desta forma, a intervenção proposta.

A partir da análise dos medicamentos utilizados, foram identificadas possíveis interações medicamentosas entre ácido acetilsalicílico e maleato de enalapril, podendo ocorrer diminuição da função renal e do efeito anti-hipertensivo e alteração nos níveis de potássio; maleato de enalapril e cloridrato de metformina, favorecendo o risco de desenvolvimento de acidose láctica e hipercalemia (PRM 5 - potencial). A cada visita foi avaliado os níveis de potássio, função renal, pressão arterial e possível presença de sinais de acidose láctica, entretanto não foi identificado nenhum achado clínico significativo.

Paciente IV

E.J.G., sexo feminino, 58 anos, casada, alfabetizada, aposentada. Negou uso de bebida alcoólica, tabagismo e alimentação adequada para o quadro patológico. Afirmou praticar atividade física quatro vezes por semana. Encontrase acima do peso de acordo com o IMC. Além do diabetes, possui hipertensão arterial. Faz uso contínuo de insulina NPH, insulina regular, associação fixa de losartana potássica + hidroclorotiazida 50/12,5mg, dapagliflozina 10mg, gliclazida 30mg, sinvastatina 20mg e cloridrato de fluoxetina 20mg.

Armazenava a insulina de forma incorreta, colocando-a na porta da geladeira. Afirmou que já teve reação adversa grave por uso do cloridrato de metformina (desconforto gastrointestinal), que foi suspensa pelo prescritor.

E.J.G. relatou ter substituído por conta própria a associação de losartana potássica + hidroclorotiazida 50/12,5mg prescrita pelo médico (PRM 7) por cloridrato de amilorida + hidroclorotiazida 5/50mg (PRM 2). Sua justificativa para a troca foi sua percepção de que a losartana potássica não é eficaz para

controlar a sua pressão arterial. Relatou uso prévio, por um ano, do cloridrato de amilorida + hidroclorotiazida 5/50mg e que, na época, a hipertensão arterial estava controlada, por isso decidiu utilizar novamente esse medicamento. Quando questionada sobre como adquiriu o medicamento, ela afirmou não ter a receita antiga e ter comprado somente pelas características da embalagem (caixa verde com detalhes em vermelho e amarelo).

Diante desta situação, foi explicado sobre os riscos da atitude tomada e na visita seguinte a paciente apresentou a caixa de cloridrato de amilorida + hidroclorotiazida 5/50mg com a mesma quantidade de comprimidos da visita anterior, comprovando a não utilização do mesmo e adesão à prescrição médica atual.

Também foi demonstrada a técnica de preparo e administração de insulina, visto que a paciente administrava de forma incorreta as insulinas NPH e regular, ao mesmo tempo e com uma única seringa (PRM 3). Foi esclarecido sobre a importância de ficar atenta à soma das doses e ao tempo entre o preparo e a aplicação. Após a intervenção e confirmação na mudança dos hábitos, foi verificada a redução nos níveis de glicemia em jejum e pós-prandial. Entretanto, a HbA elevou-se, podendo ser justificado pela descompensação pregressa.

Em uma das visitas, a paciente relatou não utilizar a sinvastatina 20mg prescrita (PRM 7) por acreditar que seu colesterol estava dentro dos parâmetros de normalidade, pois perdeu peso em consequência do processo de reeducação alimentar que estava realizando com acompanhamento de profissional habilitado. Ao apresentar os seus exames laboratoriais e a nova prescrição médica, observou-se redução nos índices de colesterol total e frações, mas ainda assim, encontram-se acima dos valores de referência, estando mantido a sinvastatina 20mg na prescrição médica. A paciente foi orientada de que o medicamento só deveria ser suspenso pelo médico, e retomou o uso do medicamento durante a noite.

Discussão

Conforme verifica-se na Tabela 01, o perfil farmacoterapêutico dos pacientes acompanhados revela, como aspectos centrais, situações de reações adversas a medicamentos, necessidade de auxílio para uso da insulina e dificuldades para adesão ao tratamento. Aspectos esses constatados por outros estudos e que justificam a necessidade do cuidado farmacêutico, como uma estratégia para favorecer a qualidade de vida desses pacientes.¹¹⁻¹³

Apesar de aceitarem participar da elaboração do perfil farmacoterapêutico, percebeu-se resistência de alguns pacientes durante as visitas domiciliares, desde o cumprimento das recomendações até a apresentação dos exames laboratoriais e prescrições médicas. Sendo assim, somente quatro pacientes prosseguiram na etapa seguinte de acompanhamento, para possíveis intervenções a fim de resolver ou minimizar os PRM identificados.

Para cada indivíduo foi traçado um plano de cuidados, de acordo com as necessidades individuais, incluindo intervenções sobre o modo de utilização de medicamentos, encaminhamentos a outros profissionais de saúde, educação em saúde sobre mudanças de estilo de vida relacionadas à alimentação, prática de

atividade física e uso racional de medicamentos. O plano foi discutido com o paciente, buscando estabelecer uma relação mútua de colaboração.

Cada intervenção realizada foi devidamente registrada e, nas visitas seguintes, eram analisadas a aceitação por meio da evolução/resposta apresentada. Caso a intervenção não alcançasse o resultado esperado, o paciente era novamente avaliado e realizada uma nova proposta de intervenção em consenso com ele, caracterizando assim, o processo do cuidado farmacêutico.

Neste sentido, a Tabela 2 traz dados importantes sobre os PRM identificados nesse público, sendo os de maior ocorrência relacionados à adesão, efetividade e segurança. Tal situação pode ser explicada por motivos diversos que envolvem o modo como se dão as práticas assistenciais em saúde, no geral configuradas por processo de medicalização, sem necessariamente haver estímulo e orientação ao autocuidado. Ademais, ainda que o cuidado farmacêutico seja uma prática mundial, ainda não se constitui uma prioridade nos serviços de saúde públicos e nem mesmo privados, no Brasil. Vale notar que, no cenário estudado, o farmacêutico não está inserido na equipe de saúde, ainda que, naquele momento, houvesse esse profissional na equipe do NASF.

No processo de cuidado farmacêutico, foram realizadas 46 intervenções envolvendo estratégias farmacológicas e de educação em saúde, a exemplo daquelas relatadas nas descrições dos casos. Cabe ressaltar que as intervenções relacionadas ao processo de educação em saúde tiveram como objetivo sensibilizar os pacientes à prática do autocuidado. Sabe-se, entretanto, que a aceitação e execução pelo paciente é algo processual, sendo difícil mensurar sua adesão.

Após as intervenções, realizou-se a monitorização e avaliação do plano de cuidados farmacêutico, a fim de verificar os resultados farmacoterapêuticos. Diante dos dados obtidos, pode-se afirmar que E.S.F apresentou 40% de redução da glicemia de jejum, 67,77% na pós-prandial e 22,73% na HbA. A paciente L.S.F. reduziu em 33,69% a glicemia de jejum. Em relação à HbA, paciente J.C.D.S. reduziu em 8,7%.

Devido a não adesão à terapia farmacológica (administração de insulina), não farmacológica (alimentação inadequada) e a não aceitação do acompanhamento com o psicólogo, a paciente L.S.F. permaneceu com os níveis glicêmicos acima dos preconizados pela Sociedade Brasileira de Diabetes.

Em relação à meta glicêmica inicialmente estabelecida, somente E.S.F atingiu ao final da intervenção a glicemia pós-prandial menor que 160mg/dL. Quanto à Hemoglobina glicada, nenhum paciente apresentou valor menor que 7%. Estudo realizado por Nunes e colaboradores (2012), revelou que após três meses de cuidados farmacêuticos, 28% dos pacientes alcançaram valores de hemoglobina glicada desejáveis (< 7%), enquanto 72% apresentaram valores alterados (> 7%).

Por fim, 50% dos pacientes (n=2) apresentaram melhora nos níveis glicêmicos, a paciente L.S.F. e E.J.G, apesar de não atingirem a meta glicêmica estabelecida para glicemia pós prandial, foram sensibilizadas para o autocuidado por meio de ações de educação em saúde, sendo importante destacar que este é um processo lento, onde deve-se haver a continuidade no processo de cuidado para o alcance dos resultados esperados.

Conclusão

Os resultados obtidos nesta pesquisa permitem entender o perfil farmacoterapêutico dos usuários de insulina cadastrados em uma unidade de saúde; e a aplicação dos cuidados farmacêuticos para estabelecer um plano de cuidados. Ademais, revela que, no processo de assistência aos pacientes com diabetes em uso de insulina há carências de informações, desde o momento da prescrição até a dispensação, que dificultam a adesão ao tratamento e às práticas de autocuidado. A ausência dos serviços farmacêuticos nesse processo corrobora o entendimento de que a prática de assistência tem sido medicalizante.

Ainda que a pesquisa tenha sido desenvolvida num cenário específico, traz elementos para refletir sobre tal aspecto, numa perspectiva mais ampla, pois evidencia os benefícios do cuidado farmacêutico na assistência à saúde, em particular para pessoas com doenças crônicas.

Cabe ponderar que a intervenção realizada teve influências de limitações do próprio serviço, tais como: ausência de uma lista dos pacientes com diabetes em uso de insulina, ausência de informações atualizadas no prontuário dos pacientes, falta de estrutura física apropriada para o atendimento e de recursos materiais (glicosímetro, lancetas e fitas) para a medida da glicemia durante as visitas.

Agradecimento

Os autores não receberam financiamento para esse estudo.

Referências

1. International Diabetes Federation. IDF Atlas. 8. ed. Bruxelas: International Diabetes Federation; 2017.
2. Sociedade Brasileira de Diabetes. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2019-2020. São Paulo: Clannad; 2019.
3. Brasil. Portaria conjunta nº 08, de 15 de março de 2018. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Diabetes Mellito Tipo 1. Brasília: Ministério da Saúde; 2018.
4. Simpson SH, Maccallum L, Mansell K. Pharmacy Practice and Diabetes Care. *Canadian Journal of Diabetes*. 2017; 41 (6): 549-550. doi: <https://doi.org/10.1016/j.cjcd.2017.09.005>
5. Katangwe T, Family H, Sokhi J, Al-Jabr H, Kirkdale CL, Twigg MJ. The community pharmacy setting for diabetes prevention: Views and perceptions of stakeholders. *PLoS One*. 2019; 14 (7): 1-17. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0219686>
6. Siaw MYL, Toh JH, Lee J, Yu-Chia. Patients' perceptions of pharmacist-managed diabetes services in the ambulatory care and community settings within Singapore. *Int J Clin Pharm*. 2018; 40 (2): 403-411. doi: <https://doi.org/10.1007/s11096-018-0591-2> .
7. Conselho Federal de Farmácia. Serviços Farmacêuticos diretamente destinados ao paciente, à família e à comunidade: contextualização e arcabouço conceitual. Brasília: Conselho Federal de Farmácia, 2016.

8. Yaghoubi M, Mansell K, Vatanparastc H, Steeves M, Zeng Wu, Farag M. Effects of Pharmacy-Based Interventions on the Control and Management of Diabetes in Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Can J Diabetes*. 2017; 41 (6): 628-641. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.jcjd.2017.09.014> .
9. Katangwe T, Bhattacharya D, Twigg MJ. A systematic review exploring characteristics of lifestyle modification interventions in newly diagnosed type 2 diabetes for delivery in community pharmacy. *Int J Pharm Pract*. 2019; 27 (1): 3-16. doi: <https://doi.org/10.1111/ijpp.12512> .
10. Cipolle RJ, Strand LM, Morley PC. O Exercício do cuidado farmacêutico. Tradução: Denise Borges Bittar. Brasília: Conselho Federal de Farmácia; 2006.
11. Ferreira VL. A importância do seguimento farmacoterapêutico na saúde: uma revisão da literatura. [Monografia]. João Pessoa (PB): Universidade Federal da Paraíba; 2014.
12. Silva C, Souza J. O farmacêutico na unidade básica de saúde: atenção farmacêutica ao portador de Diabetes mellitus em uma unidade de saúde pública, no município de Santarém/PA. *Acta Farmacêutica Portuguesa*. 2017; 6 (1): 38-44.
13. Tavares NUL, Bertoldi AD, Mengue SS, Arrais PSD, Luiza VL, Oliveira MA, et al. Fatores associados à baixa adesão ao tratamento farmacológico de doenças crônicas no Brasil. *Revista Saúde Pública*. 2016; 50 (2): 01-11. Doi: <https://doi.org/10.1590/s1518-8787.2016050006150>

Autor de Correspondência

Gizelly Braga Pires

Av. Trasnordestina, S/N. CEP: 44036-900. Novo Horizonte. Feira de Santana, Bahia, Brasil.

gpires@uefs.br

Adesão ao uso dos anti-hipertensivos avaliada pela escala de Morisky-Green

Adherence to antihypertensive drugs evaluated by the Morisky-Green scale

Adherencia a fármacos antihipertensivos evaluada por la escala Morisky-Green

Beatriz Lisbôa de Carvalho¹, Catia Suelly Palmeira², Tássia Teles Santana de Macêdo³

Como citar: Carvalho BL, Palmeira CS, Macêdo TTS. Adesão ao uso dos anti-hipertensivos avaliada pela escala de Morisky-Green. *REVISA*. 2021; 10(2): 400-10. Doi: <https://doi.org/10.36239/revisa.v10.n2.p400a410>

REVISA

1. Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública. Salvador, Bahia, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0003-4189-8091>

2. Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública. Salvador, Bahia, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0001-6328-8118>

3. Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública. Salvador, Bahia, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0003-2423-9844>

Recebido: 18/01/2021
Aprovado: 29/03/2021

RESUMO

Objetivo: Avaliar a adesão ao tratamento medicamentoso da hipertensão arterial sistêmica por meio da escala de Morisky-Green. **Método:** estudo descritivo com abordagem quantitativa envolvendo 103 pessoas com diagnóstico de hipertensão arterial acompanhados em um ambulatório de saúde. Os instrumentos de coleta de dados utilizados foram entrevistas semiestruturadas e questionário de Morisky e Green. A análise dos dados se deu pela estatística descritiva. **Resultados:** A amostra foi composta predominantemente de mulheres (85,4%), cor/raça preta (46,6%), faixa etária de 50-59 anos (68,9%), escolaridade com ensino médio incompleto e completo (45,6%), aposentados (35,9%), com renda de 1-2 salários mínimos (44,7%). Maior percentual tinha acesso à medicação de forma gratuita pelo Sistema Único de Saúde (70,9%). Os resultados encontrados, por meio do teste do Teste de Morisky e Green, evidenciam que a maioria respondeu afirmativamente para o uso adequado da medicação. Entretanto somente 38,8% dos entrevistados foram classificados com alta adesão. **Conclusão:** Mesmo que as respostas para as oito questões tenham sido positiva para o uso do anti-hipertensivo conforme prescrito, a taxa de adesão ainda é insatisfatória. **Descritores:** Hipertensão arterial; Adesão à medicação; Anti-hipertensivos; Tratamento farmacológico.

ABSTRACT

Objective: To evaluate adherence to drug treatment of systemic arterial hypertension using the Morisky-Green Scale. **Method:** Descriptive study with a quantitative approach involving 103 people diagnosed with arterial hypertension followed up in a health clinic. The data collection instruments used were semi-structured interviews and Morisky-Green Scale. Data analysis was performed using descriptive statistics. **Results:** The sample was composed predominantly of women (85.4%), color / black race (46.6%), age group 50-59 years (68.9%), education with incomplete and complete high school (45.6%), retired (35.9%), and people with an income between 1-2 Brazilian minimum wage (44.7%). A higher percentage had access to medication free of charge through the Public Health System (70.9%). The results found, through the test of the Morisky-Green Test show that the majority answered affirmatively for the proper use of the medication. However, only 38.8% of respondents were classified as having high adherence. **Conclusion:** Even if the answers to the eight questions were positive for the use of antihypertensive drugs as prescribed, the rate of adherence is still unsatisfactory.

Descriptors: Arterial Hypertension; Medication Adherence; Antihypertensive Agents; Drug Therapy.

RESUMEN

Objetivo: Evaluar la adhesión al tratamiento farmacológico de la hipertensión arterial sistémica mediante la escala de Morisky-Green. **Método:** estudio cuantitativo descriptivo con 103 personas con diagnóstico hipertensión arterial atendidas en una clínica de salud. Los instrumentos de recolección de datos utilizados fueron entrevistas semiestructuradas y un cuestionario de Morisky y Green. El análisis de los datos se realizó mediante estadística descriptiva. **Resultados:** La muestra consistió predominantemente por mujeres (85,4%), color/raza negra (46,6%), grupo de edad 50-59 años (68,9%), escolaridad secundaria básica incompleta y completa (45,6%), jubilados (35,9%), con un ingreso de 1 a 2 salarios mínimos (44,7%). Un mayor porcentaje de los participantes del estudio tiene acceso a medicamentos de forma gratuita a través del Sistema Único de Salud (70,9%). Los resultados encontrados, a través de la scale de Morisky y Green muestran que la mayoría respondió afirmativamente por el uso adecuado de la medicación. Sin embargo, solo el 38,8% de los participantes fueron clasificados como de alta adhesión. **Conclusión:** Aunque las respuestas a las ocho preguntas fueron positivas para el uso de fármacos antihipertensivos según lo prescrito, la tasa de adherencia sigue siendo insatisfactoria.

Descriptores: Hipertensión Arterial; Cumplimiento de la Medicación; Antihipertensivos; Quimioterapia.

ORIGINAL

Introdução

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é a doença circulatória mais prevalente e representa um problema global de saúde pública e o fator de risco modificável mais comum para outras doenças cardiovasculares.¹ É responsável por elevado número de incapacidades, hospitalizações, óbitos prematuros, redução da expectativa de vida e impacto na economia dos familiares, comunidades e sociedade em geral.²⁻³

Geralmente a HAS está associada a fatores de risco metabólicos para as doenças dos sistemas cardiocirculatório e renal, como dislipidemia, obesidade abdominal, intolerância à glicose, e diabetes mellitus, aumentando ainda mais os riscos de morbimortalidade.² Integra os agravos de saúde que afeta desproporcionalmente populações em países de baixa e média renda, onde os sistemas de saúde são precários.¹

A HAS atinge mais de 30% da população adulta em todo o mundo, ou seja, mais de um bilhão de pessoas e estima-se que uma em cada oito mortes são causadas pela doença.¹ No Brasil cerca de um quarto da população adulta residente nas capitais brasileiras refere ter hipertensão arterial⁴, sendo que esta frequência aumenta com a idade, ocasionando uma prevalência de 60 a 70% da população acima de 70 anos.⁵

As evidências que o controle da hipertensão reduz, substancialmente, o risco de desfechos cardiovasculares já estão consolidadas.² Este controle envolve fundamentalmente o uso correto dos fármacos e mudanças no estilo de vida, o qual só se faz com participação ativa da pessoa com a doença, abordagem adequada dos profissionais da saúde, acesso a medicação anti-hipertensiva e correto desempenho dos programas de saúde.^{2,6}

Embora a HAS represente alvo de intervenções no campo da saúde, especialmente pela atenção básica e a existência de diferentes drogas eficazes para o seu controle, o descontrole da hipertensão arterial decorre principalmente da não adesão ao tratamento, do subtratamento, da dificuldade do acesso ao sistema de saúde e da indisponibilidade de medicação na rede básica de saúde.⁷ A boa adesão ao uso dos anti-hipertensivos tem sido relacionada com melhoria do controle da pressão arterial, diminuição das complicações causadas pela doença e com a eficiência geral dos sistemas de saúde.⁸

A adesão à terapêutica de uma enfermidade consiste na conduta de um paciente à frente das recomendações da equipe multiprofissional de saúde, não só quanto ao uso dos fármacos, como também quanto à aceitação de modificações de suas atitudes ou mudanças do estilo de vida para realizar o tratamento.⁸ No que tange ao tratamento farmacológico a não adesão consiste no abandono do uso dos medicamentos, pequenas interrupções ou o uso de maneira irregular dos mesmos.⁸

A análise da adesão medicamentosa pode ser realizada por métodos classificados como diretos e indiretos. Os métodos diretos compreendem a observação direta da ingestão da medicação pelo paciente, a detecção de um marcador biológico incluído na formulação do fármaco, a detecção de um medicamento ou seu metabólito no sangue ou na urina e, mais recentemente, o monitoramento eletrônico automático da ingestão de drogas.⁹ Os métodos indiretos, embora menos precisos, têm sido mais utilizados nos estudos, e

envolvem entrevista com o paciente, aplicação de questionários específicos, diário do paciente e contagem de comprimidos.⁹

Um dos questionários mais utilizados e que tem se apresentado bastante benéfico para reconhecer indivíduos aderentes ou não ao tratamento medicamentoso tem sido a escala de autorrelato de *Morisky-Green*, que originalmente era composto de quatro itens para pacientes com hipertensão e foi expandido com quatro itens adicionais que abordam as circunstâncias relacionadas ao comportamento de adesão.¹⁰

Em razão dessa realidade considera-se relevante a realização de pesquisas que abordem a adesão ao tratamento anti-hipertensivo em cenários diferentes de forma a obter informações específicas que possam esclarecer melhor os fatores que impedem o paciente de seguir adequadamente as recomendações dos profissionais de saúde. Mediante o exposto este trabalho tem como objetivo avaliar a adesão ao tratamento medicamentoso da hipertensão arterial sistêmica por meio da escala de *Morisky-Green*.

Método

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem quantitativa realizado em um ambulatório de saúde de uma instituição de ensino superior privada que dispõe de atendimento multiprofissional de forma particular, por convênios e pelo Sistema Único de Saúde (SUS), localizado na cidade de Salvador, Bahia, Brasil.

A população do estudo constitui-se de pessoas com diagnóstico de hipertensão arterial. A seleção se deu por amostra de conveniência, sendo as pessoas elegíveis convidados a participar da pesquisa quando comparecem ao serviço de saúde em dias de consulta. Foram consideradas elegíveis pessoas com diagnóstico confirmado de hipertensão arterial que estavam em acompanhamento no centro de saúde *locus* do estudo, em uso de medicamentos anti-hipertensivos e com idade superior a dezoito anos. Foram excluídas pessoas que não apresentaram condições cognitivas de responder aos questionários devido a transtornos psiquiátricos e dificuldades cognitivas.

A coleta de dados se deu por meio de entrevista e com a aplicação de dois questionários específicos no período de dezembro de 2019 a março de 2020. Um questionário composto de perguntas sobre dados sociodemográficos (sexo, idade, estado civil, escolaridade, renda e cor da pele), dados clínicos e de acesso à medicação.

O segundo instrumento tratou-se de uma escala de oito itens com o objetivo de avaliar os fatores de não adesão à terapêutica. As 7 primeiras perguntas exigem uma resposta dicotômica (Sim/Não) e a última pergunta utiliza uma escala de Likert de 5 pontos¹¹, traduzido para língua portuguesa e validado no Brasil.¹⁰ O grau de adesão à terapêutica da MMAS-8 é estabelecido conforme a média resultante da somatória de todas as respostas corretas. A pontuação pode variar de zero a oito e ser divididas em três graus de adesão: alta adesão (= 8 pontos), média adesão (6 a < 8 pontos) e baixa adesão (< 6 pontos). São considerados aderentes quem obteve a pontuação igual a oito na MMAS-8.

A análise dos dados deu-se por meio da estatística descritiva com medidas de tendência central e variabilidade para as variáveis quantitativas e

medidas de frequência para variáveis categóricas. Para armazenar e tratar os dados utilizou-se o programa estatístico *Statistical Package for Social Science - SPSS*, versão 18.0.

A pesquisa obedeceu aos princípios da Resolução N.º 466/12 que se refere aos aspectos sobre pesquisa envolvendo seres humanos. O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública com o número do parecer: 3.612.116. Antes do início da coleta de dados e todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Resultados

O estudo incluiu 103 pessoas com hipertensão arterial e que usavam pelo menos um medicamento anti-hipertensivo. Na caracterização sociodemográfica houve predominância do sexo feminino 88 (85,4%), faixa etária de 50-59 anos 71 (68,9%), escolaridade com ensino médio incompleto e completo 47 (45,6%), de raça/cor autodeclarada preta 48 (46,6%), aposentados 37 (35,9%), com renda de 1-2 salários mínimos 46 (44,7%), sem companheiro 55 (53,4) e que residem com familiares 86 (83,5%) (Tabela 1).

Tabela 1- Características sociodemográficas de pessoas com hipertensão arterial (n= 103). Bahia, 2020.

Características	n	%
Sexo		
Masculino	15	14,6
Feminino	88	85,4
Faixa etária		
30-49	13	12,6
50-69	71	68,9
≥70	19	18,4
Escolaridade		
Ate ensino fundamental completo	46	44,7
Ensino médio incompleto e completo	47	45,6
Ensino superior incompleto e completo	10	9,7
Raça/cor autodeclarada		
Branco	11	10,7
Preto	48	46,6
Pardo	40	38,8
Indígena	4	3,9
Situação laboral (n=100)		
Trabalhador com vínculo	13	12,6
Trabalhador autônomo	25	24,3
Aposentado	37	35,9
Desempregado	5	4,9
Do lar	20	19,4
Renda (salario mínimo)		
< 1 salario mínimo	14	13,6
1-2 salario mínimo	46	44,7
> 2 salario mínimo	17	16,5
Situação conjugal		
Com companheiro	47	45,6
Sem companheiro	55	53,4

Com quem reside		
Familiares	86	83,5
Outro não familiar	3	2,9
Sozinho	14	13,6

Na tabela 2 encontram-se os dados referentes ao tratamento e ao acesso a medicação anti-hipertensiva. Observa-se que o maior percentual faz tratamento com tempo superior ou igual há 10 anos 56 (54,4%), tem acompanhamento médico regular 92 (89,3%) e metade usa de 2 a 3 anti-hipertensivos 52 (50,5%). Quanto ao acesso à medicação 73 (70,9%) obtêm de forma gratuita pelo SUS, sendo que 89 (86,4%) entrevistados dispõem do acesso total.

Tabela 2- Distribuição de pessoas com hipertensão arterial de acordo com variáveis relacionadas ao tratamento e ao acesso aos anti-hipertensivos(n=103). Bahia, 2020.

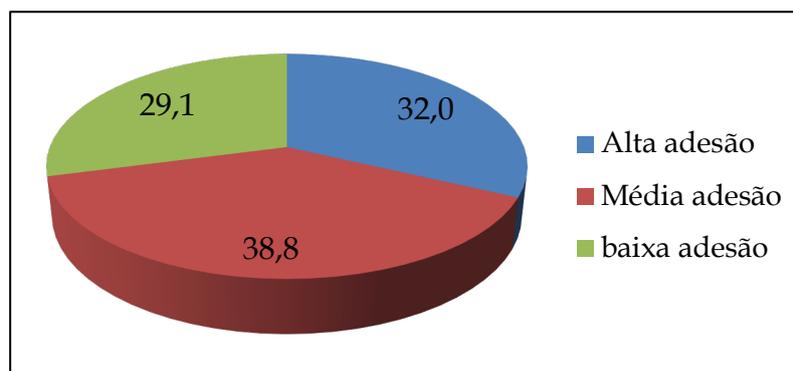
Variáveis	n	%
Tempo de tratamento Hipertensão		
<10 anos	47	45,6
≥10 anos	56	54,4
Acompanhamento médico regular		
Sim	92	89,3
Não	11	10,7
Quantidade de anti-hipertensivos uso diário		
1	37	35,9
2-3	52	50,5
Acesso à medicação gratuita		
Sim	73	70,9
Não	30	29,1
Tipo de acesso à medicação gratuita		
Acesso total	89	86,4
Acesso parcial	14	13,6

Na Tabela 3 estão apresentadas as respostas dos entrevistados obtidas através do Teste de Morisky-Green com relação ao uso de algum medicamento anti-hipertensivo. Constata-se a predominância da resposta “não” para as seguintes questões: “às vezes esquece-se de tomar o remédio” (63,1%); “houve algum dia em que não tomou seus remédios” (70,9%); “já parou de tomar ou diminuiu a dose sem avisar o médico” (77,7%); “quando viaja ou sai, esquece-se de levar os medicamentos” (86,4%); “quando sente a PA controlada, às vezes para de tomar o medicamento” (92,2); “já se sentiu incomodado por seguir corretamente o seu tratamento” (77,7%). Com relação à questão “tomou os medicamentos ontem” o maior percentual foi para a resposta sim (90,3%). Referente à questão “com que frequência você tem dificuldade de se lembrar de tomar todos os remédios para PA” apresentou maior frequência da resposta “nunca” (55,3%).

Tabela 3- Frequência de respostas ao Teste de Morisky e Green com relação ao uso de algum medicamento anti-hipertensivo. Bahia, 2020

Variáveis	n	%
Às vezes esquece-se de tomar o remédio		
Sim	38	36,9
Não	65	63,1
Houve algum dia em que não tomou seus remédios		
Sim	30	29,1
Não	73	70,9
Já parou de tomar ou diminuiu a dose sem avisar o médico		
Sim	23	22,3
Não	80	77,7
Quando viaja ou sai, esquece-se de levar os medicamentos		
Sim	14	13,6
Não	89	86,4
Tomou os medicamentos ontem		
Sim	93	90,3
Não	10	9,7
Quando sente a PA controlada, às vezes para de tomar o medicamento		
Sim	8	7,8
Não	95	92,2
Já se sentiu incomodado por seguir corretamente o seu tratamento		
Sim	23	22,3
Não	80	77,7
Com que frequência você tem dificuldade de se lembrar de tomar todos os remédios para PA		
Nunca	57	55,3
Quase nunca	17	16,5
Às vezes	25	24,3
Frequentemente	2	1,9
Sempre	2	1,9

A Figura 1 representa a classificação da adesão pelo escore do teste MMAS-8, a maior frequência (38,8%) é de pessoas consideradas com média adesão (escore com pontuação entre 6 e 7).

Figura 1- Distribuição de adesão dos participantes da pesquisa de acordo com a escala de adesão terapêutica de 8 itens de Morisky (MMAS-8)(n=103). Bahia, 2020.

Discussão

Neste estudo sobre adesão aos medicamentos anti-hipertensivos verificou-se tratar de uma amostra constituída de pessoas predominantemente do sexo feminino, com idade entre 50 a 59 anos, baixa escolaridade, de raça/cor autodeclarada negra (pretos e pardos) e com baixo poder aquisitivo. Portanto trata-se de um perfil sociodemográfico que representa geralmente a população que frequenta ambulatório que atende pelo Sistema Único de Saúde. No que se refere ao sexo, o *Vigitel* (2019), identificou maior prevalência da hipertensão arterial entre as mulheres (27,3%) do que entre os homens (21,1%).¹² As mulheres tanto com DCNT, quanto sem as referidas doenças, comparadas com os homens, utilizam mais os serviços de saúde, seja para consulta médica ou realizar atividades habituais por motivo de saúde.⁴

A frequência maior de participantes da faixa etária entre 50 a 59 anos pode ser explicada pelo fato da HAS aumentar com a idade, devido ao enrijecimento progressivo da vasculatura arterial³. Perfil semelhante é encontrado em estudos com pessoas com hipertensão arterial em acompanhamento ambulatorial.¹³⁻¹⁴

Em relação à escolaridade, o fato da amostra ser composta mais de pessoas com baixa escolaridade, os dados do Inquérito Telefônico *Vigitel* de 2019, já aponta que a hipertensão é mais frequente no estrato de menor escolaridade, diminuindo progressivamente nos estratos subsequentes. A maioria dos participantes tem renda baixa, corroborando com literatura que afirma que pessoas de baixa renda têm mais probabilidade de desenvolver hipertensão.⁵ Os dados relacionados ao perfil dos participantes encontrados neste estudo merecem destaque, considerando que o uso de medicação pode ser influenciado pelo poder aquisitivo e escolaridade. Achados de pesquisa destacam a influência das características socioeconômicas sobre a adesão ao tratamento da HAS.¹⁵ Para esses autores, a baixa escolaridade e a renda, e ainda dificuldades para ler a embalagem dos medicamentos podem interferir negativamente no processo de adesão. Maior frequência de não adesão distribuída desigualmente entre os estratos socioeconômicos, sendo maior em pessoas entre os indivíduos de pior condição socioeconômica, já é uma condição revelada pela literatura.¹⁶

Destaca-se que a condição da maioria dos participantes residirem com familiares, pode ser um dado positivo para a adesão à medicação, considerando que familiares podem ser considerados um pilar importante no apoio no processo de adoecimento e terapêutica, principalmente se os membros da família estiverem envolvidos no cuidado entre eles.

No presente trabalho, maior proporção de acesso aos medicamentos gratuitos pelos participantes, também é encontrado no estudo realizado em 2016 que investigou o acesso e a utilização de medicamentos para a hipertensão na população brasileira¹⁷, que aponta que 56,0% dos anti-hipertensivos são obtidos nas unidades de saúde do SUS, 16,0% no Programa Farmácia Popular (rede própria ou rede credenciada) e somente 2,3% em outros locais. É importante salientar que embora a grande maioria dos anti-hipertensivos esteja disponível gratuitamente pelo SUS¹⁷, existem diferenças significativas entre regiões, níveis socioeconômicos e condições de saúde, especialmente na região Nordeste, onde este acesso é menor.¹⁸ Esta questão pode impactar no uso

contínuo dos anti-hipertensivos, especialmente entre a camada mais vulnerável economicamente, considerando que o não acesso aos medicamentos pode representar a primeira barreira para adesão ao tratamento farmacológico.

No que tange ao uso dos anti-hipertensivos, as respostas da escala MMAS-8, os achados em termos percentuais deste estudo foram semelhantes aos encontrados em pesquisa realizada com 100 pessoas com hipertensão em acompanhamento em ambulatório de cardiologia de um hospital universitário.¹⁹ Esse estudo também verificou o predomínio da resposta “não” para as seguintes perguntas: “às vezes esquece-se de tomar o remédio” (68%); “nas duas últimas semanas, houve algum dia em que não tomou seus remédios” (80%); “já parou de tomar ou diminuiu a dose sem avisar o médico” (83%); “quando viaja ou sai de casa, às vezes esquece-se de levar seus medicamentos” (86%); “quando sente a PA controlada, às vezes para de tomar o medicamento” (97%); “já se sentiu incomodado por seguir corretamente o seu tratamento” (77%). A cerca da pergunta “tomou os medicamentos para pressão alta ontem” o maior percentual foi para a resposta “sim” (97%). Em relação à pergunta “com que frequência você tem dificuldades para se lembrar de tomar todos os seus remédios para PA”, observou-se maior domínio da resposta “nunca” (69%).¹⁹

Considerando que a elevada frequência de pessoas que referiu não se esquecer de tomar, assim como tomar todos os dias, merece destaque, pois o esquecimento é uma das principais barreiras da adesão, principalmente se a pessoa faz uso de vários medicamentos ou esquemas terapêuticos complexos com vários fármacos associados.⁹ Outro ponto não menos importante é a grande proporção de entrevistados que informou não deixar de tomar ou diminuir a dose sem avisar o médico. Apesar desses aspectos positivos relacionados ao uso da medicação, não se pode deixar de considerar que ainda existem pessoas que ainda apresentam falhas no uso dos anti-hipertensivos, podendo ocorrer descontrole da pressão arterial e vulnerabilidade as complicações.

Ainda no que concerne a ao uso da medicação, é importante ressaltar a elevada frequência de entrevistados que não interrompe o uso quando sente que a pressão arterial controlada, pois a ausência de sintomas e a sensação de bem estar, pode representar uma justificativa para que o paciente usar a medicação.

Estudos anteriores envolvendo a Escala de Adesão a Medicamentos de Morisky com 8 itens (MMAS-8), destacam a preponderância alta adesão (44%) e baixa adesão (45,5%)²⁰⁻²¹ respectivamente. Por conseguinte estudo que aplicou a versão de 4 itens da Escala de Morisky-Green (MMAS-4) numa amostra de pacientes internados no Serviço de Emergência, com antecedente pessoal de HAS e encontraram uma prevalência da adesão moderada ao tratamento de 56%²², estando em concordância com o presente estudo, que também constatou a predominância de pessoas com média adesão a terapia medicamentosa anti-hipertensiva.

Embora não haja evidências robustas da efetividade de intervenções para melhorar a adesão, atividades educativas e aconselhamento sobre os riscos e consequências do não uso correto dos medicamentos e conseqüentemente da pressão arterial não controlada, usando linguagem simples e recursos visuais, podem ser de grande valia. Diante da complexidade que envolve a temática da

adesão, é preconizado, preferencialmente, que as pessoas com hipertensão arterial sejam acompanhadas por equipe multidisciplinar e que seus familiares participam ativamente de todo o processo terapêutico, o que pode aumentar as taxas de adesão e as chances de sucesso com o tratamento.

Os resultados deste estudo devem ser interpretados, considerando limitações tais como, população amostral relativamente pequena e com seleção não probabilística o que pode ter criado algum viés nos resultados. Outra limitação diz respeito às respostas serem autorreferidas pelos indivíduos, podendo ocorrer imprecisão na informação.

Conclusão

A análise dos dados permitiu traçar o perfil das pessoas com hipertensão arterial que usam anti-hipertensivos frequentadores do ambulatório *locus* do estudo, evidenciando tratar de pessoas com predomínio do sexo feminino, com idade entre 50 a 59 anos, baixa escolaridade e com baixo poder aquisitivo. Quanto ao acesso à medicação verificou que o maior percentual tinha acesso de forma gratuita pela rede de farmácia nas unidades do SUS ou rede conveniada pelo Programa de Farmácia Popular do Brasil.

Os resultados encontrados, por meio do teste do Teste de Morisky e Green, sugerem que mesmo que frequência de respostas para as oito questões tenham sido positiva para o uso do anti-hipertensivo conforme prescrito, a taxa de adesão ainda é insatisfatória.

Melhorar a adesão aos medicamentos de pessoas com hipertensão é ainda um desafio para os profissionais de saúde, assim mais estudos sobre o tema poderão contribuir para melhor compreensão do problema e implementação de estratégias mais assertivas.

Agradecimento

Os autores não receberam financiamento para esse estudo.

Referências

1. World Health Organization (WHO). Hypertension. 2020. Disponível em: https://www.who.int/health-topics/hypertension/#tab=tab_1.
2. Barroso WKS, Rodrigues CIS, Bortolotto LA, Mota-Gomes MA, Brandão AA, Feitosa ADM, et al. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial - 2020. Arq. Bras. Cardiol. 2021 Mar; 116(3): 516-658. Doi: <https://doi.org/10.36660/abc.20201238>.
3. Opari S, Acelajado MC, Bakris GL, Berlowitz DR, Cífková R, Dominiczak AF, et al. Hypertension. Nat Rev Dis Primers. 2018; 4 (18014). doi: <https://doi.org/10.1038/nrdp.2018.14>
4. Malta DC, Bernal RTI, Andrade SSCA, Silva MMA, Velasquez-Melendez G. Prevalência e fatores associados à hipertensão autorreferida em adultos brasileiros. Rev. Saúde Pública 2017; 51 (Suplemento 1): 11s. doi: <https://doi.org/10.1590/s1518-8787.2017051000006>.

5. Lobo LAC, Canuto R, Dias-da-Costa JS, Pattussi MP. Tendência temporal da prevalência de hipertensão arterial sistêmica no Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2017; 33(6): e00035316. doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00035316>.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. 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, 2014. 1-162. : il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 35).
7. Freitas JGA, Nielson SEO, Porto CC. Adesão ao tratamento farmacológico em idosos hipertensos: uma revisão integrativa da literatura. *Rev Soc Bras Clin Med*. 2015; 1(13): 75-84.
8. World Health Organization (WHO). Adherence to long-term therapies: evidence for action. Geneva; 2003.
9. Hameed Mohammed Awais, Dasgupta Indranil. Medication adherence and treatment-resistant hypertension: a review. *Drugs In Context*, Inglaterra, 2019; 8: 1-11. Doi: <http://dx.doi.org/10.7573/dic.212560>
10. Oliveira-Filho AD, Barreto-Filho JA, Neves SJF, Lyra JDP. Relação entre a Escala de Adesão Terapêutica de oito itens de Morisky (MMAS-8) e o controle da pressão arterial. *Arq. Bras. Cardiol*. 2012; 99(1): 649-58. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0066-782X2012005000053>
11. Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Med Care*. 1986 Jan; 24(1): 67-74. doi: <https://doi.org/10.1097/00005650-198601000-00007>
12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. *Vigitel Brasil 2019: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2019*. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. 1-137.
13. Radovanovic CAT, Santos LA, Carvalho MDB, Marcon SS. Hipertensão arterial e outros fatores de risco associados às doenças cardiovasculares em adultos. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2014; 22(4): 547-53. Doi: <https://doi.org/10.1590/0104-1169.3345.2450>
14. Veloso GGV, Sena KCL Lima FAS, Campos ERTa, Rodrigues HG, Oliveira FM. Prevalência de hipertensão arterial sistêmica em taxistas de Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. *Revista Intercâmbio*, Montes Claros, 2018; 1:113-126.
15. Gewehr DM, Bandeira VAC, Gelatti GT, Colet CF, Oliveira KR. Adesão ao tratamento farmacológico da hipertensão arterial na Atenção Primária à Saúde. *Saúde debate*. 2018; 42(116): 179-190. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811614>.
16. Drummond ED, Simões TC, Andrade FB. Avaliação da não adesão à farmacoterapia de doenças crônicas e desigualdades socioeconômicas no Brasil. *Rev. bras. epidemiol*. 2020; 23: e200080. Doi: <https://doi.org/10.1590/1980-549720200080>
17. Mengue SS, Bertoldi AD, Ramos LR, Farias MR, Oliveira MA, Tavares NUL et al . Acesso e uso de medicamentos para hipertensão arterial no Brasil. *Rev. Saúde Pública*. 2016; 50(Suppl 2): 8s. Doi: <https://doi.org/10.1590/s1518-8787.2016050006154>.

18. Oliveira MA, Luiza VL, Tavares NUL, Mengue SS, Arrais PSD, Farias MR et al . Acesso a medicamentos para doenças crônicas no Brasil: uma abordagem multidimensional. Rev. Saúde Pública. 2016; 50(Suppl 2): 6s. Doi: <https://doi.org/10.1590/s1518-8787.2016050006161>.
19. Heinisch RH, Stange LJ. Religiosidade/espiritualidade e adesão ao tratamento em pacientes com hipertensão arterial sistêmica. Bol Curso Med, Santa Catarina. 2018 Fev; 2(4): 2-8. <https://doi.org/10.32963/bcmufsc.v4i2.2898>.
20. Santos LMC, Almeida LGR, Faro A. Otimismo, autoeficácia e locus de controle na adesão ao tratamento de pessoas hipertensas. Rev. Psicol. Saúde. 2019; 11(3): 49-62. <http://dx.doi.org/10.20435/pssa.v11i3.691>.
21. Faria MHCP, Pereira FH, Pinto JM, Silva LB, Araújo LU, Miranda LR, et al.. Análise da adesão terapêutica ao tratamento de doenças crônicas em um centro de saúde em belo horizonte - Minas Gerais. Brazilian Journal Of Surgery And Clinical Research - Bjsr, Paraná. 2020; 29(2): 50-54.
22. Vancini-Campanharo CR, Oliveira GN, Andrade TFL, Okuno MFP, Lopes MCBT, Batista RA. Hipertensão Arterial Sistêmica no Serviço de Emergência: adesão medicamentosa e conhecimento da doença. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2015; 23(6):1149-56. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.0513.2660>

Autor de Correspondência

Beatriz Lisbôa de Carvalho
Rua Castro Neves, 287. CEP: 40.255-020. Matatu de Brotas. Salvador, Bahia, Brasil.
beatrizlisboa.carvalho@hotmail.com

Perfil e percepção dos profissionais egressos de um curso de Odontologia

Profile and perception of graduated professionals from a dentistry course

Perfil y percepción de profesionales graduados de un curso de Odontologia

Amanda Bastos Andrade¹, Ingrid da Silveira Fonseca², Andreissa Jesus Oliveira³, Lydia de Brito Santos⁴, Cláudia Cerqueira Graça Carneiro⁵

Como citar: Andrade AB, Fonseca IS, Oliveira AJ, Santos LB, Carneiro CCG. Perfil e percepção dos profissionais egressos de um curso de Odontologia. REVISA. 2021; 10(2): 411-22. Doi: <https://doi.org/10.36239/revisa.v10.n2.p411a422>

REVISA

1. Universidade Estadual de Feira de Santana. Feira de Santana, Bahia, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0001-9972-5404>

2. Universidade Estadual de Feira de Santana. Feira de Santana, Bahia, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0002-4726-8093>

3. Universidade Estadual de Feira de Santana, Departamento de Saúde. Feira de Santana, Bahia, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0002-8679-0677>

4. Universidade Estadual de Feira de Santana, Departamento de Saúde. Feira de Santana, Bahia, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0001-8302-5729>

5. Universidade Estadual de Feira de Santana, Departamento de Saúde. Feira de Santana, Bahia, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0002-1198-4557>

Recebido: 18/01/2021
Aprovado: 29/03/2021

RESUMO

Objetivo: Avaliar o perfil e a percepção dos Cirurgiões-Dentistas formados na UEFS no período de 2013.1 a 2018.1 **Método:** Estudo de corte transversal de caráter descritivo, realizado por meio de um questionário com informações sobre dados pessoais, perfil socioeconômico e demográfico, campo de atuação e formação acadêmica. **Resultados:** Observou-se que a maioria dos egressos é do sexo feminino, na faixa etária de 22 a 26 anos e trabalha no setor privado. A maior parte cursou ou está cursando a pós-graduação devido à necessidade de aprimorar conhecimento, exigência do mercado de trabalho, seguir carreira acadêmica ou metas financeiras. Notou-se que serviço privado foi o principal local de atuação, seguido de serviço público ou mais de um local. **Conclusão:** Os profissionais entrevistados se mostraram satisfeitos ou muito satisfeitos sobre a maioria das variáveis relacionadas às atividades ambulatoriais, processo ensino-aprendizagem, atividades de estágio e corpo docente. **Descritores:** Educação em Odontologia; Currículo; Avaliação Educacional.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the profile and perception of Dental Surgeons trained at UEFS in the period 2013.1 to 2018.1 **Method:** Descriptive cross-sectional study, through a questionnaire containing information about personal data, socioeconomic and demographic profile, field of activity and academic background. **Results:** It was observed that the majority of graduates are female, aged between 22 and 26 years old and work in the private sector. Most have attended or are attending postgraduate courses due to the need to improve knowledge, demand in the labor market, pursue an academic career or financial goals. It was noted that private service was the main place of operation, followed by public service or more than one place. **Conclusions:** The professionals interviewed were satisfied / very satisfied about most variables related to outpatient activities, teaching-learning process, internship activity and teachers. **Descriptors:** Dental School; Curriculum; Educational Assessment.

RESUMEN

Objetivo: Evaluar el perfil y percepción de los Dentistas formados en UEFS en el periodo 2013.1 a 2018.1. **Método:** Estudio epidemiológico de corte transversal descriptivo, logrado a través de un cuestionario con informaciones sobre datos personales, perfil socioeconómico y demográfico, campo de actividad profesional y formación académica. **Resultados:** Se observó que la mayoría de los egresados son mujeres, tienen entre 22 y 26 años y trabajan en el sector privado. La mayoría ha cursado o está cursando estudios de posgrado por la necesidad de mejorar el conocimiento, la demanda en el mercado laboral, perseguir una carrera académica u objetivos económicos. Se señaló que el servicio privado era el principal lugar de operación, seguido del servicio público o más de un lugar. **Conclusión:** Los profesionales entrevistados se mostraron satisfechos o muy satisfechos con la mayoría de variables relacionadas con las actividades ambulatorias, el proceso de enseñanza-aprendizaje, las pasantía y el cuerpo docente. **Descritores:** Educación en Odontología; Currículo; Evaluación Educacional.

Introdução

O ensino da Odontologia foi oficializado em 1884, tornando-se autônomo em 1933, e somente após o ano de 1970 a Odontologia brasileira ganhou grande progresso. A profissão é regida pela Lei 5.081/66, que regulamenta o exercício da profissão no país e pela Lei 4.324/64, que estabeleceu os Conselhos Federal e Regionais de Odontologia. O discente concluinte do curso no Brasil recebe o título de bacharel em odontologia e todo profissional deve se inscrever no Conselho Regional de Odontologia de seu Estado (CRO) para que a profissão de Cirurgião-Dentista (CD) possa ser exercida. As possibilidades de inserção do CD envolvem a atuação em várias esferas, podendo ser na privada em clínicas e consultórios particulares, na saúde suplementar pelos planos de saúde odontológicos, no ensino e na pesquisa ligados a instituições de ensino, e no setor público, direcionada ao Sistema Único de Saúde.¹

O curso de Odontologia da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS) foi criado em 1985 e implantado em 1986. Tratava-se, na época, de um curso inovador com seus pilares ancorados na Odontologia Integrada voltando-se para as ações preventivas e sociais, na busca da formação do CD generalista, trabalhando em macro-componentes curriculares que se inter-relacionavam. No decorrer dos anos, observou-se por parte dos docentes e discentes um distanciamento em relação ao perfil do profissional que estava sendo formado, do marco conceitual proposto. Como consequência e de forma processual e colegiada, uma nova matriz curricular foi proposta para o referido curso, seguindo os preceitos das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) e dentro do contexto histórico da educação no Brasil.²

O ordenamento dos recursos humanos em saúde, mesmo sendo garantido constitucionalmente no Sistema Único de Saúde (SUS), ainda encontra entraves para que o transformem em prática institucional. As instituições de ensino superior encontram dificuldades em formar profissionais dotados de visão humanística, crítica e reflexiva, e com preparo para lidar com a comunidade, apesar de o setor público constituir ampla área de atuação para o Cirurgião-Dentista.³ Buscando uma mudança de paradigma na formação acadêmica, as DCN para o Curso de Odontologia foram publicadas em 2002³ e trouxeram em sua redação orientações que deveriam, a partir de então, conduzir a elaboração de currículos de modo a possibilitar ao egresso uma formação “generalista, humanista, crítica e reflexiva”, pautada em “princípios éticos e legais, e na compreensão da realidade social, cultural e econômica do seu meio, dirigindo sua atuação para a transformação da realidade em benefício da sociedade”.⁴⁻⁵

Vários sentimentos são vivenciados no momento da inserção no mercado de trabalho, Luz e Levandowski (2006)⁶ demonstraram em seu estudo que, embora os concluintes demonstrem alívio por estar completando mais uma etapa de sua vida, sentimentos como hesitação, dúvidas, medos e descrença em relação à sua própria capacidade profissional estão presentes nesse momento. É fundamental que as universidades tenham estratégias de avaliação dos egressos, pois é necessário verificar a efetividade das atividades acadêmicas desempenhadas ao longo da formação universitária, visto que a auto avaliação poderá levar ao aprimoramento do modelo pedagógico do curso em concordância com as DCN. Deste modo, a instituição de ensino poderá proporcionar as mudanças necessárias para melhorar a qualidade da educação,

e formar um profissional capacitado, com perfil crítico-reflexivo e com adequada inclusão no mercado de trabalho.⁷

Esforços nesta direção têm sido enviados pelo Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) e Programa de Educação para o Trabalho (PET-Saúde) destinados à reorientação da formação em Saúde por meio do ensino integrado ao serviço público, buscando responder às necessidades da população brasileira, quando da formação de recursos humanos. Em vista disso, considerando-se o período de novas demandas sociais, o papel da educação é fundamental para contribuir com a transformação da realidade, sem deixar de lado os questionamentos das práticas pedagógicas empregadas nas universidades e da aplicabilidade do conteúdo ensinado. Sob esse olhar, o conhecimento e a percepção dos profissionais formados sobre suas dificuldades e deficiências no exercício profissional, sejam estas relacionadas à sua formação acadêmica ou relativas às exigências do mercado de trabalho, são de grande valia para importantes reflexões acerca da reorientação curricular dos cursos de Odontologia. Este estudo tem como objetivo analisar o perfil e a percepção sobre a formação acadêmica dos profissionais egressos do curso de graduação em Odontologia da Universidade Estadual de Feira de Santana, Bahia.

Método

É um estudo de corte transversal de caráter descritivo. Este tipo de estudo apesar de apresentar algumas limitações, fornece contribuições valiosas para elaboração de programas e ações que venha auxiliar no conhecimento e possível melhoria da realidade vigente.

A Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS) é uma instituição pública brasileira de ensino superior sediada na cidade de Feira de Santana. É a segunda universidade pública mais antiga da Bahia e a mais antiga dentre as estaduais, considerando-se a data de reconhecimento como uma universidade pelo poder público, sendo a terceira maior universidade pública na Bahia em número total de alunos e a única situada em Feira de Santana. O grupo de estudo foi composto por profissionais egressos totalizando uma média de 206 egressos, que corresponde ao total de profissionais formados no período selecionado.

Foram critérios de inclusão para os sujeitos da pesquisa: ser formado no período de 2013 - 2018. Foram excluídos egressos que se formaram, fora do período estabelecido para o estudo. O instrumento de pesquisa utilizado foi um questionário estruturado, contendo as seguintes variáveis: sexo, idade, estado civil, tempo de formação, área de atuação, pós-graduação, renda, dificuldades de inserção no mercado de trabalho, avaliação do processo ensino-aprendizagem, avaliação das atividades acadêmicas e da atuação docente, além da contribuição do curso para a atuação profissional.

A coleta de dados ocorreu por via eletrônica, através de uma ferramenta chamada google-docs que é um produto do tipo SaaS (Software as a Service), que oferece ao usuário meios não apenas de criar e editar documentos de texto, planilhas eletrônicas e apresentações sem a necessidade de instalar qualquer programa (posto que os programas estão instalados nos servidores da Google e a comunicação do usuário com eles, ou interface, é feita por meio do programa navegador), como também de armazenar os arquivos assim criados nesses mesmos servidores.

Os sujeitos da pesquisa foram contatados por e-mail e telefone fornecido pelo colegiado do curso de Odontologia. Respeitando os aspectos éticos, este projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Estadual de Feira de Santana, CAAE 66399417400000053, parecer 2118633.

Por se tratar de um estudo que envolve pessoas, a obtenção do consentimento livre e esclarecido dos participantes do estudo, foi o primeiro passo, para realização da pesquisa. Foram assegurados o anonimato e a confidencialidade no uso das informações obtidas na coleta de dados, excluindo os nomes dos participantes das bases de dados bem como dos agentes formadores eventualmente citados na coleta de dados, como também de qualquer publicação posterior dos resultados.

Após a coleta, os dados foram digitados no pacote de dados estatísticos SPSS versão 20.0⁸ e a análise estatística descritiva foi feita através do cálculo das frequências absoluta e relativa dos percentuais das variáveis, sendo os resultados expressos na forma de tabelas e gráficos.

Resultados

Do total de 206 egressos, 103 responderam ao questionário, sendo que 64,4% eram do sexo feminino, e 54,8% possuíam idade entre 22 - 26 anos. A maioria dos egressos (78,9%) declarou ser solteiro, (82,4%) declarou não possuir dependentes financeiros e 78,4% (81 egressos) afirmaram receber até cinco salários mínimos.

Em relação ao ano de conclusão, 49,2% foram egressos de 2013.1 a 2015.2 (currículo antigo) e 50,8%, egressos de 2016.1 a 2018.1 (currículo novo). Mais de 90% dos participantes possui graduação somente em Odontologia e uma parcela mínima relatou ter cursado outra graduação. Menos que a metade (47.1%) tem curso de pós-graduação concluído e 53.8% informou estar cursando a pós-graduação. Entre os cursos de pós-graduação mais citados, estão: endodontia, cirurgia, ortodontia, prótese, saúde coletiva, implantodontia e odontopediatria. Sobre os motivos de cursar a pós-graduação, os profissionais mencionaram a necessidade de aprimorar conhecimento, exigência do mercado de trabalho, seguir carreira acadêmica e opção financeira imediata. Em relação ao local de trabalho, a maioria (57,8%) informou atuar em consultório particular.

A Tabela 1 mostra as variáveis associadas à segurança e satisfação na atuação profissional dos egressos, fazendo a observação das respostas entre os profissionais que integraram o currículo antigo e os profissionais que integraram o currículo novo. Em ambos foi possível observar percentuais similares em todas as variáveis questionadas.

Tabela 1 - Distribuição numérica e percentual das variáveis relacionadas à segurança e satisfação na atuação profissional, da população de egressos, curso de Odontologia, UEFS. Bahia, 2018-2019.

Variável	C. Antigo		C. Novo	
	N	%	N	%
Segurança de atuação				
Seguro para atuar sozinho	34	66,7	26	50,0
Seguro para atuar supervisionado	09	17,6	16	30,8
Inseguro	08	15,7	10	19,2

Grau de satisfação				
Muito Satisfeito / Satisfeito	32	62,7	26	50,0
Satisfação média / Insatisfeito	19	37,3	26	50,0
Dificuldade no Mercado de trabalho				
Sim	06	11,8	18	34,6
Não	45	88,2	34	65,4
Dificuldade novas técnicas				
Sim	10	19,6	12	23,1
Não	41	80,4	40	76,9
Expectativas de formação				
Bom/Ótimo	46	90,2	38	73,0
Regular/ruim	05	9,8	14	27,0

A Tabela 2 mostra as variáveis relacionadas à percepção dos egressos quanto ao processo ensino-aprendizagem. Os egressos referiram estar satisfeitos/muito satisfeitos sobre a organização do currículo (>78%), número de alunos por turma em disciplinas teóricas (>86,0%), relação entre aulas teóricas e práticas (>69,0%), proporção de professor/aluno (>63,0%), quantidade de profissionais administrativos disponíveis para auxiliar os discentes (>61,0%), bibliografia indicada (>82,0%) e atividades de pesquisa e extensão (>82,0%). Sobre as disciplinas optativas e condições dos materiais das aulas práticas, a maior parte referiu estar insatisfeito/pouco satisfeito (>66,0%). Já sobre o acervo bibliográfico disponível na universidade, os egressos do currículo antigo referiram satisfação (72,5%) e os egressos do currículo novo se mostraram insatisfeitos (51,9%). Houve divergência em relação ao método de avaliação, sendo que os egressos do currículo antigo referiram estar satisfeitos/muito satisfeitos (62,7%) e os egressos do currículo novo, insatisfeitos/pouco satisfeitos (51,9%).

Tabela 2 - Distribuição das variáveis relacionadas à percepção do processo ensino-aprendizagem, da população de egressos, curso de Odontologia, UEFS. Bahia, 2018-2019.

Variável	Insatisfeito/ Pouco satisfeito		Satisfeito/ Muito satisfeito	
	N	%	N	%
Organização do currículo				
C. Antigo	09	17,6	42	82,4
C. Novo	11	21,2	41	78,8
Disciplina optativa				
C. Antigo	42	82,3	09	17,7
C. Novo	39	75,0	13	25,0
Número de alunos por turma				
C. Antigo	03	5,9	48	94,1
C. Novo	07	13,5	45	86,5
Teoria prática				
C. Antigo	08	15,7	43	84,3
C. Novo	16	30,7	36	69,3
Rel. Prof./aluno				
C. Antigo	13	25,5	38	74,5
C. Novo	19	36,5	33	63,5
Rel. aluno/adm.				
C. Antigo	09	17,7	42	82,3

C. Novo	20	38,4	32	61,6
Bibliografia indicada				
C. Antigo	05	9,8	46	90,2
C. Novo	09	17,3	43	82,7
Acervo bibliog. disp.				
C. Antigo	14	27,5	37	72,5
C. Novo	27	51,9	25	48,1
Método avaliação				
C. Antigo	19	37,3	32	62,7
C. Novo	27	51,9	25	48,1
Cond. material práticas				
C. Antigo	34	66,7	17	33,3
C. Novo	45	86,6	07	13,4
Ativ. Pesquisa				
C. Antigo	07	13,7	44	86,3
C. Novo	09	17,3	43	82,7
Ativ. Extensão				
C. Antigo	04	7,9	47	92,1
C. Novo	09	17,3	43	82,7

Referente às atividades ambulatoriais os egressos de ambos os currículos expressaram em maior parte satisfação sobre a proporção de professor/ aluno em aulas práticas (>67%), estratégia de supervisão (>57%), aprendizado proporcionado (>80%), tempo e duração das atividades (>73%) e método de avaliação (> 51%). Houve maior insatisfação em relação às condições ambulatoriais para os egressos do currículo novo (78,9%), como apresenta a Tabela 3.

Tabela 3 - Distribuição numérica e percentual das variáveis relacionadas à percepção das atividades ambulatoriais, da população de egressos, curso de Odontologia, UEFS. Bahia, 2018-2019.

Variável	Insatisfeito/ Pouco satisfeito		Satisfeito/ Muito satisfeito	
	N	%	N	%
Rel. Prof./aluno				
C. Antigo	13	25,5	38	74,5
C. Novo	17	32,7	35	67,3
Condições ambulatoriais				
C. Antigo	23	45,1	28	54,9
C. novo	41	78,9	11	21,1
Estratégia de supervisão				
C. antigo	17	33,4	34	66,6
C. novo	22	42,3	30	57,7
Aprendizado proporcionado				
C. antigo	07	13,7	44	86,3
C. novo	10	19,3	42	80,7
Tempo e duração				
C. antigo	10	19,6	41	80,4
C. novo	14	26,9	38	73,1
Método de avaliação				
C. antigo	17	33,3	34	66,7

C. novo	25	48,1	27	51,9
---------	----	------	----	------

A respeito das atividades de estágio, quanto às condições ambulatoriais houve diferença entre as respostas, os egressos do currículo antigo (54,9%) demonstraram satisfação e os egressos do currículo novo insatisfação (65,4%). Referente às demais variáveis, os egressos expressaram satisfação (Tabela 4).

Tabela 4 - Distribuição numérica e percentual das variáveis relacionadas à percepção das atividades de estágio, da população de egressos, curso de Odontologia, UEFS. Bahia, 2018-2019.

Variável	Insatisfeito/ Pouco satisfeito		Satisfeito/ Muito satisfeito	
	N	%	N	%
Rel. Prof./aluno				
C. antigo	09	17,7	42	82,3
C. novo	15	28,9	37	71,1
Condições ambulatoriais				
C. antigo	23	45,1	28	54,9
C. novo	34	65,4	18	34,6
Estratégia de supervisão				
C. antigo	13	25,5	38	74,5
C. novo	18	34,6	34	65,4
Aprendizado proporcionado				
C. antigo	07	13,7	44	86,3
C. novo	13	25,0	39	75,0
Tempo e duração				
C. antigo	14	27,4	37	72,6
C. novo	08	15,3	44	84,7
Método de avaliação				
C. antigo	12	23,5	39	76,5
C. novo	19	36,5	33	63,5

Às questões relacionadas à percepção do corpo docente, em relação ao domínio dos conteúdos das disciplinas houve nível de satisfação acima de 88% e quanto ao recurso didático pedagógico satisfação maior que 67%. Em relação à assiduidade do corpo docente, os egressos referiram estar satisfeitos/muito satisfeitos (>76%) e maior que 59% relacionada à pontualidade. Sobre o atendimento extraclasse e o estímulo ao aprendizado os egressos se mostraram satisfeitos/muito satisfeitos (>60%), e a adaptação dos métodos de trabalho às características da turma houve satisfação maior que 50% (Tabela 5).

Tabela 5 - Distribuição numérica e percentual das variáveis relacionadas à percepção do corpo docente, da população de egressos, curso Odontologia, UEFS. Bahia, 2018-2019.

Variável	Insatisfeito/ Pouco satisfeito		Satisfeito/ Muito satisfeito	
	N	%	N	%
Domínio de conteúdo				
C. antigo	01	1,9	50	98,1
C. novo	06	11,5	46	88,5

Recurso didático				
C. antigo	09	17,6	42	82,4
C. novo	17	32,7	35	67,3
Assiduidade				
C. novo	07	13,7	44	86,3
C. antigo	12	23,1	40	76,9
Pontualidade				
C. antigo	09	17,6	42	82,4
C. novo	21	40,3	31	59,7
Atendimento extraclasse				
C. antigo	20	39,2	31	60,8
C. novo	20	38,5	32	61,5
Estímulo ao aprendizado				
C. novo	15	29,4	36	70,6
C. antigo	15	28,9	37	71,1
Adaptação dos métodos				
C. antigo	21	41,2	30	58,9
C. novo	22	42,3	30	57,7

Discussão

No presente estudo notou-se a predominância de profissionais do sexo feminino. Até meados dos anos 90 era possível verificar uma dominância masculina na Odontologia, apontada em estudos mais antigos⁹, mas os estudos recentes comprovam a prevalência feminina em relação ao sexo masculino.^{7,9,10,18}

Na área de saúde é necessário que os profissionais continuem aprimorando seus conhecimentos. A Odontologia é uma profissão que está sempre em processo de atualização com o surgimento de novas técnicas e evolução de alguns materiais utilizados no decorrer dos procedimentos. Diante disto, neste estudo foi possível observar que 47,1% possuem curso de pós-graduação concluído e 53,8% informou estar cursando a pós-graduação. Ao serem questionados sobre os motivos de cursar a pós-graduação, os profissionais mencionaram a necessidade de aprimorar conhecimento e a exigência do mercado de trabalho.

Por muito tempo a Odontologia adotou um perfil de caráter tecnicista, individualista e especializado. O acesso dos brasileiros à saúde bucal era difícil e limitado, as pessoas só procuravam atendimento odontológico quando a sintomatologia dolorosa surgia, e assim, faziam com que o principal tratamento odontológico ofertado pela saúde pública fosse somente a extração dentária. Após os anos 2000 as novas políticas de saúde pública conduziram significativas mudanças ao cenário da saúde bucal, e como um dos marcos temos a Política Nacional de Saúde Bucal (Programa Brasil Sorridente, lançado em 2003 pelo Ministério da Saúde) que ampliou o acesso odontológico por meio do Sistema Único de Saúde (SUS) com a implantação das Equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família.^{11-12,19} De modo conseqüente ocorreu maior adesão de profissionais atuando no serviço de saúde pública. Neste trabalho verificou-se o predomínio de profissionais atuando em consultório particular (57,8%), divergindo da recente conjuntura instituída. Alguns autores apontam que os profissionais escolhem atuar em ambos os setores devido a estabilidade e os benefícios trabalhistas ofertados pelo serviço público e buscam o serviço privado como forma de complementação de renda.^{5,8,10} Houve poucos aderentes à área

de ensino (apenas 2%), este fato pode estar ligado também a pouca idade dos profissionais, que ainda não seguiram para a carreira docente ou ao fato de existirem poucos concursos públicos que desmotiva os profissionais a se direcionarem para a área.

É natural recém-formados sentirem-se inseguros para exercer a profissão, pois se habituaram a rotina de clínica acadêmica e auxílio dos professores, e ao sair da universidade deparam-se com uma rotina diferente. Os resultados mostraram que uma parcela mínima se sentiu inseguro em atuar sozinho ou atuar supervisionado podendo relacionar essa segurança a prática adquirida com as atividades ambulatoriais das disciplinas integradas, ao aprendizado com os estágios e atividades de extensão. Diversos trabalhos mostram que as atividades de extensão e estágio extramuro propiciam uma vivência de prática real do mercado de trabalho, desenvolve competências e habilidades profissionais, pensamento humanista e reflexivo sobre o âmbito social.^{7,13}

Ao analisar a dificuldade de inserção no mercado, os egressos do currículo antigo relataram menos dificuldade, porém, o grau de insatisfação profissional foi maior para os egressos do currículo novo, pois esses têm menos tempo de exercício da profissão e não alcançaram a estabilidade financeira almejada por muitos recém-formados. Embora os egressos relatem descontentamento quanto ao mercado de trabalho, quando questionados se o curso atendeu às expectativas de formação, os mesmos mostraram-se satisfeitos/muito satisfeitos, presumindo que o campo profissional ainda se apresenta favorável.

Ao observar a percepção dos egressos sobre as variáveis relacionadas ao processo ensino-aprendizagem, notou-se que mais de 77% dos profissionais de ambos os currículos estão insatisfeitos/muito satisfeitos em relação as disciplinas optativas ofertadas. No currículo do curso de Odontologia da UEFS são exigidas 120 horas que os discentes devem cumprir através das disciplinas optativas, e além de serem ofertadas poucas vagas, os horários disponíveis destas disciplinas acabam se chocando com o horário das obrigatórias. Muitas vezes os estudantes precisam se dirigir aos colegiados dos demais cursos em busca de outras optativas para o cumprimento da carga horária. A taxa de insatisfação pode estar relacionada a estes fatos. Houve grande insatisfação também em relação as condições dos materiais das aulas práticas. A política de permanência estudantil passou por algumas recaídas nos últimos anos, os estudantes entraram em greve no final do ano de 2014 para defender a medida e exigir um acordo com a reitoria para que ocorresse o repasse adequado dos materiais e manutenção dos equipamentos das clínicas, que devido ao tempo de uso necessitam de manutenção frequentemente, podendo ter contribuído para a taxa mais elevada de insatisfação dos egressos do currículo novo.

Os egressos do currículo novo também se mostraram insatisfeitos/pouco satisfeitos (54%) sobre o acervo bibliográfico disponível na Universidade, já os do currículo antigo se mostraram satisfeitos/muito satisfeitos (71%), podendo ser justificado pelo acervo não ser atualizado com novas edições constantemente. Uma parcela dos egressos do currículo novo se mostrou insatisfeitos/pouco satisfeitos quanto ao método de avaliação. Os jovens nascidos a partir os anos 90 cresceram em meio ao rápido avanço tecnológico e estão bastante conectados a internet, aplicativos e as tecnologias de informação, são expostos a uma gama de informações e têm anseio em obter respostas rápidas sobre suas dúvidas. As escolas vêm utilizando processos de aprendizagem e avaliação diferenciados, os

estudantes estão mais exigentes quanto à metodologia de avaliação e trazem consigo essa visão mais crítica e exigente.

Em contrapartida, houve grande satisfação de ambos os currículos sobre as demais variáveis de ensino-aprendizagem envolvidas, principalmente quando questionados sobre as atividades de pesquisa e extensão, atingindo taxas acima de 83% em ambos os grupos. A instituição possui diversas atividades de pesquisa e extensão distribuídas entre muitos cursos, e o de Odontologia conta com vários, favorecendo vivência ao discente e prestando serviços à comunidade, desde atividades educativas, ao atendimento clínico, suporte a pacientes com câncer em região de cabeça e pescoço, além do tratamento de pacientes com disfunções temporomandibulares.

Ao analisar a percepção referente às atividades ambulatoriais, observou-se que os formados pelo currículo novo expressaram insatisfação em relação às condições ambulatoriais. Sabe-se que as universidades públicas brasileiras enfrentam problemas referentes ao orçamento de custeio e investimento, e de infra-estrutura, que na maioria das vezes encontra-se em condições precárias. Alguns laboratórios e ambulatórios destinados ao curso de Odontologia da UEFS são antigos, apresentando problemas nos equipamentos e dificultando o seu uso, e os usuários mais atuais são os mais prejudicados, justificando o descontentamento. No entanto, apesar das adversidades, o nível de satisfação foi positivo em relação ao aprendizado proporcionado para os formados de ambos os currículos. Esse dado reflete o empenho e dedicação tanto dos graduandos quanto dos docentes em executar as atividades e assistir a comunidade usuária dos serviços odontológicos ofertados pela Universidade.

Acerca das atividades de estágios, notou-se também insatisfação dos egressos do currículo novo quanto às condições ambulatoriais visto que as atividades são realizadas nas Unidades Básicas de Saúde e muitas tem problemas relacionados à estrutura, equipamentos quebrados ou que não funcionam corretamente, o que interfere na execução das atividades. Entretanto, quanto as demais variáveis (aprendizado proporcionado, tempo e duração, relação professor/aluno) houve satisfação acima de 70% para ambos os grupos, um significativo resultado devido a importância das atividades de estágio para a formação profissional, pois viabilizam ao discente uma vivência com a realidade da saúde pública, possibilita a integração com profissionais de outras áreas, desenvolve o senso crítico e consciente sobre a importância da promoção da saúde, da integralidade e humanização.¹⁴⁻¹⁶

Ao observar a distribuição percentual das variáveis relacionadas à percepção do corpo docente foi notável o alto índice de satisfação relacionado a todas as variáveis questionadas. A UEFS se destacou no Ranking Universitário Folha (RUF), divulgado em 2017 pelo Jornal Folha de São Paulo. Nas avaliações específicas, que fazem parte do conceito geral do RUF, o curso de Odontologia foi indicado pelo ranking como o 9º melhor do país, no quesito "Avaliação Docente" e o 14º na avaliação geral.¹⁷ Nota-se que o evidente comprometimento dos docentes reflete não apenas no currículo profissional, mas também no convívio em ambiente educacional.

Conclusão

O curso de Odontologia da UEFS tem formado profissionais com perfil predominante do sexo feminino, faixa etária de 22 a 26 anos, solteiros e sem dependentes. Maior parte cursou ou está cursando a pós-graduação devido à necessidade de aprimorar conhecimento, exigência do mercado de trabalho, seguir carreira acadêmica e opção financeira imediata. Notou-se que serviço privado foi o principal local de atuação, seguido de serviço público ou mais de um local concomitantemente. A percepção dos egressos em relação as variáveis de ensino- aprendizagem, atividades ambulatoriais, atividades de estágio e corpo docente foram em grande maioria satisfatórias ou muito satisfatórias.

Como benefício para o curso, esta pesquisa visa melhorar o currículo do curso de Odontologia da UEFS, a aplicação das Diretrizes Curriculares Nacionais e a integração da formação para o Serviço Único de Saúde, fomentando a discussão da formação do egresso no curso de Odontologia.

Agradecimento

Os autores não receberam financiamento para esse estudo.

Referências

1. Mathias MP, Cassani E, Sagaz SM, Lucietto DA. Cirurgiões-dentistas e faculdades no Brasil: repercussões sobre a prática odontológica. *J Oral Invest* 2015; 4(2): 25-31.
2. Projeto de Reforma Curricular do Curso de Odontologia da UEFS.
3. Saliba NA, Moimaz SAS, Prado RL, Garbin CAS. Percepção do cirurgião-dentista sobre formação profissional e dificuldades de inserção no mercado de trabalho. *Ver Odontol UNESP* 2012; Set-Out; 41(5): 297-304
4. Conselho Nacional de Educação (Brasil). Resolução CNE/CES 3 de 19 de fevereiro de 2002. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia. *Diário Oficial da União* 4 mar 2002; Seção 1.
5. Pinheiro IAG, Noro LRA. Egressos de Odontologia: o sonho da profissão liberal confrontado com a realidade da saúde bucal. *Rev ABENO* 2016; 16 (1): 13-24
6. Luz F, Levandowisk DC. A formatura e a inserção no mercado de trabalho: expectativas e sentimentos de formandas em psicologia. *Psicol Argum* 2006 Out/Dez; 24(47): 61-72
7. Sousa JE, Maciel LKB, Oliveira CAS, Zocratto KBF. Mercado de trabalho em Odontologia: perspectiva dos estudantes concluintes de faculdades privadas no município de Belo Horizonte, Brasil. *Rev ABENO* 2017; 17 (1): 74-86
8. Mota VT, Oliveira Filho PF. SPSS: Análise de dados Biomédicos. Rio de Janeiro, MedBook 2009
9. Ferraz MAAL, et al. Perfil dos egressos do curso de Odontologia da Universidade Estadual do Piauí. *Rev ABENO* 2018; 18 (1): 56-62
10. Costa BAO, Gonçalves CF, Zanin L, Flório FM. Inserção de Egressos do Tocantins no mercado de trabalho. *Rev ABENO* 2016; 16 (2): 93-104

11. Machado CV, Lima LD, Baptista TWF. Políticas de saúde no Brasil em tempos contraditórios: caminhos e tropeços na construção de um sistema universal. *Cad Saúde Pública* 2017; 33 (2): 144-161
12. Ministério da Saúde (Brasil). Passo a passo das ações da Política Nacional de Saúde Bucal. Santa Maria-DF. Gráfica e Editora Brasil 2016.
13. Faé JM, Junior MFS, Carvalho RB, Esposti CDD, Pacheco KTS. A integração ensino-serviço no Brasil. *Rev ABENO* 2016; 16 (3): 7-18
14. Baumgarten A, Toassi FRC. A formação do cirurgião-dentista no Sistema Único de Saúde: a produção do cuidado em saúde. *Rev Bras de Pesq Saúde* 2013; 15 (4): 117-22
15. Leme PAT, Pereira AC, Meneghim MC, Mialhe FL. Perspectiva de graduandos em odontologia acerca da experiência na atenção básica para sua formação em saúde. *Rev Ciênc e Saúde Colet* 2015; 20 (4): 1255-65
16. Grande IMP, Prochnow R, Saab R, Pizzato E. Desafios na formação do Cirurgião-Dentista para o SUS. *Rev ABENO* 2016; 16 (3): 2-6
17. Folha de São Paulo [homepage na internet]. Ranking Universitário Folha [acesso em 20 de julho de 2019]. Disponível em: <https://ruf.folha.uol.com.br/2018/ranking-de-universidades/>
18. CARNEIRO Verydianna Frota, PEQUENO Alice Maria Correia, MACHADO Maria de Fátima Antero Sousa, AGUIAR Dulce Maria de Lucena, CARNEIRO Cleide, CARNEIRO Rithianne Frota. Processo de avaliação em escolas de odontologia: perspectivas e desafios pedagógicos. *RGO, Rev. Gaúch. Odontol.* [Internet]. 2020 [citado em 13 de novembro de 2020]; 68: e20200022. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-863720200002220180004>.
19. Brockveld Lucimeire de Sales Magalhães, Venancio Sonia Isoyama. Avanços e desafios na formação do cirurgião-dentista para sua inserção nas práticas de promoção da saúde. *Physis* [Internet]. 2020 [cited 2020 Nov 13] ; 30(3): e300326. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312020300326>

Autor de Correspondência

Claudia Cerqueira Graça Carneiro
Rua Artemia Pires, 8220. Cond. Viva Mais Master.
Rua 18, Quadra P, casa 09. CEP: 44085-370, SIM.
Feira de Santana, Bahia, Brasil.
claudiacerqueira2006@gmail.com

Perfil dos usuários de um serviço especializado em álcool e outras drogas

Profile of users of a specialized service in alcohol and other drugs

Perfil de usuarios de un servicio especializado en alcohol y otras drogas

Sônia Maria Alves de Paiva¹, Delani Ferreira Modesto², Júlia Carolina de Mattos Cerioni Silva³, Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira⁴

Como citar: Paiva SMA, Modesto DF, Oliveira MAF, Silva JCMC. Perfil dos usuários de um serviço especializado em álcool e outras drogas. *REVISA*. 2021; 10(2): 423-31. Doi: <https://doi.org/10.36239/revisa.v10.n2.p423a431>

REVISA

1. Escola Técnica do Centro Paula Souza. Mococa, São Paulo, Brasil. <http://orcid.org/0000-0001-7918-3855>

2. Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-9477-6111>

3. Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, Programa Interunidades. São Paulo, São Paulo, Brasil. <https://orcid.org/0000-0001-5367-4197>

4. Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica. São Paulo, São Paulo, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-1069-8700>

Recebido: 23/01/2021
Aprovado: 19/03/2021

RESUMO

Objetivo: identificar o perfil dos usuários do CAPS ad III. **Método:** Pesquisa de abordagem quantitativa, realizada no CAPS ad III do município de Poços de Caldas-MG, no período de maio de 2015 a maio de 2016. No primeiro momento, realizou-se um levantamento dos prontuários presentes no serviço, posteriormente, através de contato telefônico realizou-se busca ativa e posteriormente foi agendada a entrevista. Utilizou-se questionário estruturado para a coleta das informações e o programa Excel para análise e apresentação dos resultados. **Resultados:** embora estivessem cadastrados 927 usuários na unidade, apenas 201 frequentam o serviço. 32 pessoas participaram deste estudo, onde a maioria é moradora em casas de passagem, do sexo masculino, com idade entre 31 a 36 anos, renda de até 2 salários mínimos e que fazem uso frequente de álcool. **Conclusão:** O estudo mostra a complexidade na abordagem, na adesão e manutenção dos usuários nos serviços especializados, identificou a necessidade de atualização dos registros no cadastro dos usuários a fim de realizar uma busca ativa mais frequente e a necessidade de parceria com outros serviços de saúde disponíveis na rede de atendimento em saúde.

Descritores: Serviços de Saúde Mental; Transtornos Relacionados ao Uso de Substâncias; Usuários de Drogas.

ABSTRACT

Objective: to identify the profile of CAPS ad III users. **Method:** Quantitative approach research, carried out at CAPS ad III in the city of Poços de Caldas-MG, from May 2015 to May 2016. At first, there was a survey of the medical records present in the service, later, through telephone contact, an active search was carried out and the interview was later scheduled. A structured questionnaire was used to collect information and the Excel program was used to analyze and present the results. **Results:** although 927 users were registered at the unit, only 201 attend the service. 32 people participated in this study, where the majority live in transit houses, male, aged between 31 and 36 years, income of up to 2 minimum wages and who frequently use alcohol. **Conclusion:** The study shows the complexity of the approach, adherence and maintenance of users in specialized services, identified the need to update the records in the user registry in order to carry out a more frequent active search and the need for partnership with other health services available in the health care network.

Descriptors: Mental Health Services; Substance-Related Disorders; Drug Users.

RESUMEN

Objetivo: identificar el perfil de los usuarios de CAPS ad III. **Método:** Investigación de abordaje cuantitativo, realizada en el CAPS ad III de la ciudad de Poços de Caldas-MG, de mayo de 2015 a mayo de 2016. En un primer momento, se realizó un relevamiento de las historias clínicas presentes en el servicio, luego, mediante contacto telefónico, se realizó una búsqueda activa y posteriormente se programó la entrevista. Se utilizó un cuestionario estructurado para recolectar información y se utilizó el programa Excel para analizar y presentar los resultados. **Resultados:** si bien se registraron 927 usuarios en la unidad, solo 201 asisten al servicio. En este estudio participaron 32 personas, donde la mayoría vive en casas de tránsito, hombres, con edades entre 31 y 36 años, ingresos de hasta 2 salarios mínimos y que consumen alcohol con frecuencia. **Conclusión:** El estudio muestra la complejidad del abordaje, adherencia y mantenimiento de los usuarios en los servicios especializados, identificó la necesidad de actualizar los registros en el registro de usuarios para realizar una búsqueda activa más frecuente y la necesidad de alianzas con otros servicios de salud disponible en la red de atención médica.

Descritores: Servicios de Salud Mental; Transtornos Relacionados con Substancias; Consumidores de Drogas

Introdução

O III Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas pela População Brasileira mostrou que aproximadamente 11,7% dos brasileiros de 12 a 65 anos, consumiram álcool e tabaco nos últimos 12 meses. Cerca de 2,6%, aproximadamente 4 milhões de indivíduos, consumiram álcool e pelo menos uma substância ilícita nos últimos 12 meses.¹ Essa complexa situação, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) é considerado problema de saúde pública em ordem mundial.²⁻³

A dependência química por drogas lícitas ou ilícitas é considerada uma doença que expõe os indivíduos a distúrbios de conduta e personalidade, comportamento social e sexual de riscos, acidentes, violências e suicídios.²⁻³

Como dispositivo de prevenção e tratamento de doenças e agravos relacionados ao uso de álcool e outras drogas, foram criados os Centros de Atenção Psicossocial em álcool e drogas (CAPS ad), regulamentado pela Portaria 336 do ano de 2002, com as principais propostas: abordagem multidisciplinar, redução de danos e acolhimento humanizado dos usuários e seus familiares.⁴

Os CAPS ad de nível III são serviços possíveis de serem instalados em municípios com 200 a 300 mil habitantes. São locais que funcionam 24 horas por dia e em todos os dias da semana, inclusive finais de semana e feriados. É responsável por promover em conjunto com o usuário e seus familiares, um Projeto Terapêutico Singular (PTS) promovendo e ampliando as possibilidades de vida e suas relações sociais.⁴

Os Projetos Terapêuticos preveem uma assistência que contempla a singularidade do sujeito, nesse sentido, não visa a abstinência como única forma de tratamento, mas também a redução de danos. A abordagem de redução de danos é um mecanismo de prevenção com a premissa na capacidade do usuário em fazer suas próprias escolhas, pautado numa visão mais humanista dos indivíduos.⁵

Mesmo diante das proposições inclusivas dos CAPS ad III, os estudos têm mostrado elevada taxa de abandono do tratamento pelos usuários.⁶⁻⁷

Estudos que visem identificar o perfil dos usuários dos serviços de saúde são de extrema importância por propiciar o conhecimento dos fatores que impactam nos resultados esperados diante da assistência prestada. Além da melhora na qualidade dos serviços, podem-se reduzir gastos, auxiliar na sensibilização dos profissionais quanto ao público atendido, ajudar no planejamento de implementação de práticas que contemplam ações de promoção, prevenção e proteção.⁸

A escolha do tema se deu por meio do interesse das autoras em traçar o perfil dos usuários do CAPS ad III, campo de estágio para os cursos de graduação em enfermagem e psicologia de uma Universidade particular localizada em Poços de Caldas MG.

Este estudo teve como base a questão norteadora “Qual o perfil dos usuários do CAPS ad III no município de Poços de Caldas” e objetivou identificar o perfil dos usuários do CAPS ad III.

Método

Trata-se de um estudo com abordagem quantitativa, realizado no CAPS ad III do município de Poços de Caldas, Minas Gerais. A coleta de dados ocorreu no período de maio de 2015 a maio de 2016.

O estudo ocorreu em três etapas: na primeira realizou-se um levantamento dos prontuários dos usuários do serviço que possuíam matrícula de janeiro de 2012 a janeiro de 2015 objetivando identificar a frequência dos usuários no CAPS ad III. Elaborou-se um roteiro privilegiando informações quanto aos dados de identificação, endereço, telefone, frequência ou não no serviço, dias que frequentava.

Na segunda etapa, buscou-se contatar os usuários por meio de contato telefônico e busca ativa, inclusive em abrigos e casas de passagem. Na terceira etapa agendou-se os dias para a ocorrência da entrevista. Para a participação neste estudo considerou-se como critério de inclusão: pacientes que estivessem ativos no serviço, com condições clínicas e psíquicas para responderem as questões do questionário, que foram relativas a dados sociodemográficos com as variáveis, sexo, idade, escolaridade, renda mensal, moradia; vínculo familiar, usos de substâncias psicoativas e frequência no CAPS ad. Para os que concordaram em participar do estudo, foram agendados data e horário para comparecerem no Caps.

Antes da aplicação do instrumento, os participantes foram informados sobre os objetivos do estudo, assegurados quanto ao sigilo e anonimato e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa por meio da Plataforma Brasil, com parecer consubstanciado 1.054.078 de 07 de abril de 2015. Os dados coletados foram organizados e tabulados por meio do software *Microsoft Excel*. Os resultados foram apresentados na forma de tabelas para melhor compreensão e discussão.

Resultados

Pelos dados obtidos nos prontuários, 927 pacientes estavam cadastrados no CAPS ad III, de janeiro de 2012 a janeiro de 2015. Desses, 726 abandonaram o tratamento, conforme a Tabela 1.

Tabela 1 - Distribuição dos usuários do CAPS ad III que abandonaram o tratamento, segundo contato telefônico e busca ativa realizada. Poços de Caldas, 2016.

Variável	N	%
Não atenderam ao contato telefônico	378	52,0
Mudou de cidade	49	6,8
Pacientes que foram a óbito	11	1,5
Encontram-se presos	14	1,9
Encontram-se internados	17	2,2
Número de telefone não cadastrado	194	27,0
Desaparecidos	63	8,6
Total	726	100,0

Dos 201 usuários que estavam frequentando o serviço, apenas 32 participaram do estudo. Os motivos estão expostos na tabela 2.

Tabela 2 – Distribuição dos usuários do CAPS ad III que frequentam o serviço, segundo contato telefônico e busca ativa. Poços de Caldas, 2016.

Variável	N	%
Pacientes sem condições clínicas para a entrevista	09	4,5
Agendada entrevista, porém, não compareceu	73	36,2
Não aceitaram participar da entrevista	87	43,3
Participaram da entrevista	32	16,0
Total	201	100,0

Os dados sociodemográficos estão apresentados na tabela 3. Houve predomínio do sexo masculino (96,9%), com idade entre 31 a 36 anos (34,4%) e com o ensino fundamental incompleto (50,0%). Em relação à renda, houve empate entre menos que um salário mínimo ao mês (43,7%) e de um a dois salários mínimos ao mês (43,7%).

Sobre o local em que os usuários dormiram nos últimos 30 dias, a maioria (47%) informou em abrigo ou casa de passagem, e que antes disso moravam com a mãe (31,2%). Segundo a rotina diária dos usuários, 40,7% frequentam o CAPS-ad ou permanecem no abrigo e 37,0% trabalham. Outros 22,3% afirmaram auxiliar a família na rotina da casa.

Sobre o que costumavam fazer enquanto ficavam na rua, 27 (84,4%) responderam que usavam algum tipo de droga e/ou álcool, 5 (16,6%) relataram que atualmente só saem para trabalhar, mesmo que de forma informal, fazendo bicos de pedreiro, pintor, marido de aluguel, entre outros.

Tabela 3 – Dados sociodemográficos dos usuários do CAPS ad III. Poços de Caldas, 2016.

Variável	n	%
Sexo		
Feminino	01	3,1
Masculino	31	96,9
Total	32	100
Idade		
20-25 anos	04	12,5
26-30 anos	02	6,3
31-36 anos	11	34,4
37-42 anos	05	15,6
43-48 anos	07	21,9
Acima de 49 anos	03	9,3
Total	32	100,0
Escolaridade		
Analfabeto	-	-
Ensino Fundamental incompleto	16	50,0
Ensino fundamental completo	04	12,6
Ensino médio incompleto	06	18,7
Ensino médio completo	06	18,7
Total	32	100,0

Renda mensal		
Menor que 1 salário mínimo	14	43,7
De 1 a 2 salários mínimos	14	43,7
De 3 a 5 salários mínimos	03	9,5
Maior que 6 salários mínimos	01	3,1
Total	32	100,0
Moradia		
Casa própria	11	34,3
Aluguel	04	12,5
Abrigo/ Casa de Passagem	15	47,0
Nas Ruas	02	6,2
Total	32	100,0

Quanto ao uso de drogas lícitas ou ilícitas, dos 32 participantes, todos responderam ter usado algum tipo de droga, e na maioria dos casos, mais de uma droga num mesmo período. Como se identificou, o consumo de álcool prevaleceu, 96,9%, seguido pelo uso do tabaco (93, 75%) e de maconha (87,5%), conforme apresentado na tabela 4.

Tabela 4 - Uso de substâncias lícitas e ilícitas pelos usuários do CAPS ad III. Poços de Caldas, 2016.

Variável	n	%
Álcool	31	96,9
Tabaco	30	93,7
Cocaína	18	56,3
Crack	16	50,0
Maconha	28	87,5
Cola	08	25,0
Esmalte	02	6,3
Thinner	07	21,9
Ácido	05	15,6
Ecstasy	07	21,8
Remédios	10	31,2

Em relação ao primeiro contato do usuário com as drogas, a maioria (71,9%) relatou que foi nas ruas, com os amigos, principalmente na adolescência.

No quesito tempo de uso, 50% dos usuários fazem uso entre 11 e 20 anos e a maioria ainda não conseguiu interromper o uso diário (25%). A maioria (37,6%) chegou até o serviço por ser pré-requisito para permanecer no abrigo ou ter acesso a outros benefícios, não obstante, número expressivo de usuários (34,3%) foi ao CAPS ad levado por amigos. Com relação à frequência do usuário no serviço houve predomínio de 3 vezes por semana (50%), porém aqueles que frequentam somente uma vez ao mês obteve resultado expressivo (37,6%), conforme exposto na Tabela 5.

Tabela 5 - Primeiro contato do usuário com a substância e tempo de uso. Poços de Caldas, 2016.

Variável	n	%
Primeiro contato		
Dentro de casa	08	25,0
Na escola	01	3,1
Na rua juntos com amigos	23	71,9
Total	32	100,0
Tempo de uso da substância		
Menos de 5 anos	03	9,4
De 5 a 10 anos	05	15,6
De 11 a 20 anos	16	50,0
Mais de 20 anos	08	25,0
Total	32	100,0
Tempo sem uso de qualquer substância		
Dias	07	21,9
Semanas	96	18,7
Meses	06	18,7
Anos	05	15,6
Não conseguiu parar ainda	08	25,0
Total	32	100,0
Como procurou o Caps ad		
Levado por familiares	06	18,7
Levado por amigos	11	34,3
Pré requisito para permanecer no abrigo	12	37,6
Encaminhado pelo PSF	03	9,4
Total	32	100,0
Frequência no serviço		
1 vez por semana	03	9,4
2 vezes por semana	01	3,0
3 vezes ou mais por semana	16	50,0
1 vez ao mês	12	37,6
Total	32	100,0

Discussão

Como se verificou, dos 927 prontuários na unidade, 726 abandonaram o tratamento onde 378 não foram encontrados. Esses resultados mostram que o Centro de Atenção Psicossocial em álcool e drogas teve uma dificuldade em atualizar os registros de seus usuários. Estudos similares afirmam que essa deficiência é comum, dificultando a atualização das informações e o acesso aos usuários.⁶⁻⁷

Ainda sobre o abandono do tratamento, outros estudos ressaltam que o abandono ocorre devido à complexidade que envolve o tratamento da dependência química, consistindo em um desafio diário. Há dificuldade em se reconhecer os problemas decorrentes do modo de vida adotado, do enfrentamento dos problemas de relacionamento com família em decorrência da

dependência, pela falta de uma rede de apoio, desemprego, exclusão social e pelo sofrimento causado pelo estigma e preconceito.⁹⁻¹⁰

O predomínio do sexo masculino no estudo e a idade de 31 a 36 anos e o nível educacional são resultados similares aos estudos sobre perfis de usuários que frequentam serviços especializados em álcool e outras drogas, onde normalmente são adultos, na faixa etária média de 30 a 40 anos, solteiros e com baixa escolaridade.^{7,11-13}

A renda de 1 a 2 salários mínimos e a moradia, em albergues e casas de passagem mostram a vulnerabilidade social dessa população. Além disso, a faixa etária predominante dos usuários corresponde à força produtiva e a dependência de substâncias e os efeitos nocivos destas, que provocam alterações cognitivas importantes, dificultam a execução das atividades laborais e compromisso com o trabalho, manifestando-se por absenteísmos e abandono do emprego.¹⁴

Entre as drogas mais consumidas, prevaleceu o álcool, seguido pelo tabaco e maconha, resultado congruente com estudos relacionados ao tema. Entre os adolescentes, a facilidade do acesso e a necessidade de aceitação entre os pares e grupos de convivência, contribuem para um comportamento padrão e uso mais precoce.¹⁵⁻¹⁶

Quanto ao tempo que estavam sem usar as substâncias, a maioria mencionou dificuldade em parar o consumo, sugerindo que pelo início e tempo de uso, já sofreram prejuízos significativos na sua saúde física e psíquica.¹⁷

Sobre os motivos de terem procurado o tratamento, grande parte alega ser exigência para receber algum benefício. Usuários que utilizam várias drogas ao mesmo tempo têm maior risco de não aderir ao tratamento, frente a recaídas, há necessidade da criação de vínculo de confiança com a equipe, e de estratégias que estimulem a sua motivação e que desperte a compreensão das consequências que o abuso está causando em todos os segmentos de sua vida, visando melhorar a adesão ao tratamento.^{6,9,18-19}

Nesse sentido, a atenção da equipe requer um olhar não apenas para a clínica, mas buscar no espaço social e comunitário; formas de acolher e de intervir, visando à redução do sofrimento do usuário, por meio da construção de propostas terapêuticas em rede e do conhecimento dos recursos e potencialidades do território incorporados nos processos de cuidado, para o planejamento das atividades e inclusão social.²⁰

A visita domiciliar (VD) e busca ativa frequente são estratégias que ampliam as possibilidades de vínculo, acompanhamento terapêutico efetivo e prevenção de recaídas. Amplia as possibilidades de se conhecer o contexto social dos usuários e como isso repercute no seu modo de agir. Deve ser realizada sempre que estiverem impossibilitados de comparecerem no atendimento devido às dificuldades de locomoção, comorbidades clínicas e situações de crise, assegurando a continuidade do cuidado humanizado.²⁰

No estudo, foram identificadas lacunas no registro das informações cadastradas nos prontuários dos pacientes e a deficiência de estudos atualizados sobre os recursos adotados pelas equipes multidisciplinares dos Caps ad III no planejamento de estratégias e prevenção para melhorar a adesão ao tratamento, considerando-se o perfil dos usuários.

Conclusão

O estudo mostrou a necessidade de atualização dos registros das informações dos usuários no CAPS ad III. Constatou-se uma alta evasão dos usuários e ausência de integração da equipe do CAPS ad III com as Unidades Básicas e Programa de Saúde da Família no acompanhamento e busca ativa dos usuários que deixaram de frequentar o serviço. O tratamento da dependência química exige um trabalho em rede e o desenvolvimento de ações compartilhadas e a corresponsabilização entre as equipes.

A identificação do perfil de usuários do CAPS ad é uma informação estratégica que pode orientar a oferta de serviços e a conduta dos profissionais na elaboração do projeto terapêutico singular, com vistas a melhorar a adesão do usuário no tratamento.

Referências

1. Bastos Francisco Inácio Pinkusfeld Monteiro et al. (Org.). III Levantamento Nacional sobre o uso de drogas pela população brasileira. Rio de Janeiro: Fiocruz/ICICT; 2017.
2. Fernandes SS, Marcos CB, Kaszowski E, Goulart LS. Evasão do tratamento da dependência de drogas: prevalência e fatores associados identificados a partir de um trabalho de Busca Ativa. *Cad. Saúde Colet.* 2017, 25(2):131-137. doi: <https://doi.org/10.1590/1414-462X201700020268>
3. Lima FR, Souza DT. Drogadição e juventude: uma leitura integrativa entre os saberes das políticas públicas sociais o campo da saúde e da educação. *Braz. Ap. Sci. Ver.* 2020, 4(3):1115-1129. doi: <https://doi.org/10.34115/basrv4n3-029>.
4. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 336, de 1 de fevereiro de 2002: dispões sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental [internet]. Brasília; 2020 [cited Abr 15, 2021]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html
5. Santos MP, Pires RRC. Sentidos da redução de danos nos caps ad do Distrito Federal: entre o escopo ampliado e traduções conservadoras. *Teoria e cultura.* 2020; 15 (2):148-63. doi: <https://doi.org/10.34019/2318-101X.2020.v15.29229>.
6. Santana RT, Miralles NCW, Alves JF, Santos VA, Vinholes U, Silveira DS. Perfil dos usuários de CAPS-AD III. *Braz. J. Hea. Rev.* 2020;13(1): 1343-1357. doi: <https://doi.org/10.34119/bjhrv3n1-103>
7. Bandeira N, Treichel CAS, Campos RTO. Estudo sobre abandono e não adesão ao tratamento em centros de atenção psicossocial. *Saúde Debate.* 2020; 44(n. especial 3):95-106. doi: <https://doi.org/10.1590/0103-11042020E310>.
8. Dietrich A, Colet CF, Winkelmann ER, et al. Perfil de Saúde dos Usuários da Rede de Atenção Básica. Baseado no Cadastro Individual e-Sus. *Rev Fund Care Online.* 2019. out./dez.; 11(5):1266-1271. Doi: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i5.1266-1271>
9. Ferreira CHI, Vieira KSA. A adesão ao tratamento de substâncias psicoativas sob o olhar dos pacientes do hospital universitário de Brasília [internet]. 2020 [cited Mar 08, 2021]; 12(33):75-104. Available from: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/75158/45169>
10. Araújo JSA, Cordeiro JM, Veloso HMA, Costa JRSC, Junior JLP. Determinantes intrapessoais e interpessoais que norteiam as recaídas na dependência química. *REAS.* 2021; 13(3):1-10. doi: <https://doi.org/10.25248/REAS.e6058.2021>
11. Gonçalves RMDA, Oliveira MAF, Claro HG, Pinho PH, Prates JG, Tarifa RR. Processo e resultado do cuidado em álcool e outras drogas. *Rev enferm UFPE on line.* 2017; 11(2):523-33. doi: <https://doi.org/10.5205/reuol.10263-91568-1-RV.1102201706>.

12. Boska GA, Claro HG, Pinho PH, Oliveira MAF. Mudanças percebidas por usuários de centros de atenção psicossocial em álcool e outras drogas. Rev enferm UFPE on line. 2018; 12(2):439-46. . <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i2a25068p439-446-2018>
13. Silva SN, Lima MG, Ruas CM. Uso de medicamentos nos Centros de Atenção Psicossocial: análise das prescrições e perfil dos usuários em diferentes modalidades do serviço. Ciência & Saúde Coletiva. 2020; 25(7):2871-2882. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020257.23102018>.
14. Oliveira VC, Capistrano FC, Ferreira ACZ, Klainke LP, Félix JVC, Maftum MA. Perfil sociodemográfico e clínico de pessoas atendidas em um caps ad do sul do Brasil. Rev baiana enferm. 2017; 31(1):e16350. doi: <https://doi.org/10.18471/rbe.v31i1.16350>.
15. Leandro MM, Rosas MA, Nóbrega KBG, Maranhão LCA, Epalange AKPS. Características do uso e abuso de drogas da população em tratamento em centro atenção psicossocial infanto juvenil na Cidade do Recife. Braz. J. Hea. Rev. 2020; 3(5): 12294-12314. doi: <https://doi.org/10.34119/bjhrv3n5-076>.
16. Soares FRR, Oliveira DIC, Torres JDM, Pessoa VLMP, Guimarães JMX, Ana Monteiro ARM. Reasons of drug use among adolescents: implications for clinical nursing care. Rev Esc Enferm USP. 2020;54:e03566. doi: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018058003566>
17. Andrade EHR, Azeredo CV. Um estudo sobre os prejuízos da drogadição: o olhar da psicologia. Brazilian Journal of Development. 2021; 7(2): 17632-17644. doi: <https://doi.org/10.34117/bjdv7n2-418>.
18. Gonçalves JRL, Canassa LW, Cruz LC, Pereira AR, Santos DM, Gonçalves. Adesão ao tratamento: percepção de adolescentes dependentes químicos. SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. 2019;15(1):57-63. doi: <https://doi.org/10.11606/issn.1806-6976.smad.2019.000415>.
19. Borges CD, Schneider DR. Rede social significativa de usuários de um caps ad: perspectivas para o cuidado. Pensando fam [internet]. 2017 [cited abr 16, 2021]; 21(2):167-18. Available from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-494X2017000200013&lng=pt&tlng=pt
20. Moraes APP, Guimarães JMX, Alves LVC, Monteiro ARM. Produção do cuidado na atenção psicossocial: visita domiciliar como tecnologia de intervenção no território. Ciência & Saúde Coletiva. 2021; 26(3):1163-1172. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021263.09102019>.

Autor de Correspondência

Júlia Carolina de Mattos Cerioni Silva
Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem
Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419. São Paulo,
São Paulo, Brasil.
jucarol80@usp.br

Denúncias de violência financeira contra idosos no Brasil: 2011-2018

Complaints of financial violence against the elderly in Brazil: 2011-2018

Informes de violencia financiera contra las personas mayores en Brasil: 2011-2018

Gisely Azevedo da Silva¹, Linconl Agudo Oliveira Benito²

Como citar: Silva GA, Benito LAO. Denúncias de violência financeira contra idosos no Brasil: 2011-2018. REVISA. 2021; 10(2): 432-45. Doi: <https://doi.org/10.36239/revisa.v10.n2.p432a445>

REVISA

1. Centro Universitário de Brasília. Brasília, Distrito Federal, Brasil.

<https://orcid.org/0000-0003-1628-4127>

2. Centro Universitário de Brasília. Brasília, Distrito Federal, Brasil.

<https://orcid.org/0000-0001-8624-0176>

Recebido: 18/01/2021
Aprovado: 27/03/2021

RESUMO

Objetivo: Analisar a violência financeira contra idosos no Brasil nos anos de 2011 a 2018. **Método:** Pesquisa exploratória, descritiva, comparativa e quantitativa. Os dados foram adquiridos junto ao “Disque Direitos Humanos - Disque 100 do Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos” (MMFDH). Os dados adquiridos foram organizados no software Microsoft Excel 2016® for Windows®, sendo implementada análise estatística descritiva. **Resultados:** Foi identificado o universo de 119.440 registros com média e desvio-padrão (14.930±5.249,3). A região Nordeste (NE) registrou a maior preponderância com 39,1% (n=46.711) e o estado de Minas Gerais (MG) registrou a maior preponderância com 10,4% (n=12.458). Retenção de salário/bens foi o crime com a maior preponderância registrando 65,3% (n=77.955) e subtração/invalidação/ocultação e documentos a menor com 0,9% (n=1.055). **Considerações finais:** Foi verificado aumento na frequência de registros de denúncias de violência contra o idoso no recorte histórico e geográfico analisados.

Descritores: Idoso, Violência, Violações dos Direitos Humanos.

ABSTRACT

Objective: To analyze financial violence against the elderly in Brazil from 2011 to 2018. **Method:** Exploratory, descriptive, comparative and quantitative research. The data were acquired from the “Dial Human Rights - Dial 100 of the Ministry of Women, Family and Human Rights” (MMFDH). The acquired data were organized in Microsoft Excel 2016® for Windows® software, and descriptive statistical analysis was implemented. **Results:** The universe of 119,440 records with mean and standard deviation (14,930±5,249.3) was identified. The Northeast Region (NE) registered the greatest preponderance with 39.1% (n=46.711) and the state of Minas Gerais (MG) registered the greatest preponderance with 10.4% (n=12.458). Withholding of wages/goods was the crime with the highest preponderance registering 65.3% (n=77.955) and the smallest subtraction/invalidation/concealment and documents with 0.9% (n=1.055). **Final considerations:** There was an increase in the frequency of records of reports of violence against the elderly in the analyzed historical and geographic context.

Descriptors: Elderly, Violence, Human Rights Violations.

RESUMEN

Objetivo: Analizar la violencia financiera contra las personas mayores en Brasil de 2011 a 2018. **Método:** Investigación exploratoria, descriptiva, comparativa y cuantitativa. Los datos fueron adquiridos del “Dial de Derechos Humanos - Dial 100 del Ministerio de la Mujer, la Familia y los Derechos Humanos” (MMFDH). Los datos adquiridos se organizaron en el software Microsoft Excel 2016® para Windows® y se implementó un análisis estadístico descriptivo. **Resultados:** Se identificó el universo de 119,440 registros con media y desviación estándar (14,930 ± 5,249,3). La Región Nordeste (NE) registró la mayor preponderancia con 39,1% (n=46.711) y el estado de Minas Gerais (MG) registró la mayor preponderancia con 10,4% (n=12.458). La retención de salarios/bienes fue el delito con mayor preponderancia registrando 65,3% (n=77.955) y la menor resta/invalidación/ocultación y documentos con 0,9% (n=1.055). **Consideraciones finales:** Hubo un aumento en la frecuencia de registros de denuncias de violencia contra el adulto mayor en el contexto histórico y geográfico analizado.

Descriptorios: Ancianos, Violencia, Violaciones a los Derechos Humanos.

ORIGINAL

Introdução

Dentre os diversos conceitos relacionados ao processo de envelhecimento, cada um leva em conta diferentes áreas do conhecimento e, apesar deste ser um processo que faz parte da vida de todo ser humano, esse importante fenômeno se manifesta diferentemente em cada pessoa.¹ Conforme a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), o envelhecimento se constitui enquanto um complexo e intrigante processo sequencial, individual, acumulativo, irreversível, universal, não patológico, de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie, de maneira que o tempo o torne menos capaz de fazer frente ao estresse do meio-ambiente e, portanto, aumenta a possibilidade de morte.²⁻⁴

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), demograficamente entre os anos de 1980 e 2005, foi identificado o aumento de aproximadamente 126,3% desta população e, além disso, ocorreu um crescimento também da esperança de vida ao nascer, que em 2000, era de 69,8 anos, e em 2012 foi de 74,5 anos.⁵⁻⁶ Nesse sentido e, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), é esperado até o ano de 2050 que, a população com mais de 60 anos deve alcançar uma taxa de aproximadamente 22%, sendo que no Brasil, a população idosa acima de 60 anos era de 25,4 milhões em 2012, aumentando para 4,8 milhões em 2017, com prevalência de mulheres idosas, representando o universo de 56%.⁷⁻⁸

Esse fenômeno aponta para um avanço acelerado, sendo que o envelhecimento populacional vem sendo classificado enquanto um acontecimento de grandes proporções junto ao século vinte e um (XXI).^{7,9,10} Um dos principais fatores que contribuíram para que o referido fenômeno tivesse sua ampliação, foi processo conhecido enquanto transição demográfica no Brasil, efetivamente decorrente da diminuição da taxa de mortalidade e da taxa de natalidade, que vem modificando cada vez mais rapidamente o perfil socioeconômico e sociodemográfico da população brasileira e que, anteriormente, prevalecia a população jovem.^{9,10,11}

Outro processo importante a ser considerado para melhor interpretação deste contexto, é o da transição epidemiológica, relacionada com a alteração identificada junto a taxa de mortalidade, pois, anteriormente as causas de óbito prevaleciam às doenças classificadas enquanto infecciosas e parasitárias, principalmente devido as reduzidas condições econômicas e sociais.^{9,10} Paradoxalmente ao que é identificado na atualidade, em decorrência das doenças “típicas” da velhice, como por exemplo, às doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e as doenças crônico degenerativas (DCD), que se tornaram ainda mais comuns, também encontram relação direta com o referido fenômeno.^{7,8,9,10,11}

Diante de tais processos, a saúde pública enfrenta diversos obstáculos, pois, em relação a todas essas enfermidades à atenção integral ao idoso, se torna necessário um maior direcionamento das políticas sociais, além da necessidade de um remodelamento de outras.^{2,8,10} Juntamente com tais necessidades, o processo de reestruturação familiar, além da dinâmica da rotina na atualidade, representam dois (02) fatores que proporcionam grandes desafios à família da pessoa idosa, à sociedade e também, ao Estado.^{2,5,10,12}

Diante disso, a relação formada da pessoa idosa com sua família, deve envolver a compreensão, o afeto e a cumplicidade, havendo um apoio familiar e

de sua parentela, contribuindo para a formação de uma convivência normalmente tranquila e harmoniosa.^{9,10,13} Entretanto, muito comumente essas relações são caracterizadas por um relacionamento conturbado, com a presença de brigas e de desentendimentos, ocasionados por diferentes fatores, efetivamente por conta da dependência de cuidados que o idoso costuma apresentar.^{12,13,14,15}

Por conta do processo de envelhecimento e de suas derivações, ocorrem diversas modificações tanto fisiológicas quanto no estilo de vida e, como resultado, há um aumento na dependência de pessoas na desta faixa etária, sendo cada vez mais necessário o cuidado físico e a assistência nas atividades de vida diária - AVD.^{10,12,15} Tal fato, torna o idoso mais vulnerável diante da sociedade que o cerca e, conseqüentemente, expondo essa pessoa a um aumento, na ocorrência de diferentes tipos de violência.^{12,14,15}

Para a OMS, o fenômeno da violência é definido como a utilização da força física ou poder, em ameaça contra si, outras pessoas, grupos ou comunidades que possa causar sofrimento, morte, dano psicológico, déficit no desenvolvimento ou privação, de origem física, psicológica, sexual, financeira, por negligência, abandono ou ainda, por autonegligência.^{9-12,15} No desfecho de tal ato, além do dano físico, há também um prejuízo na saúde mental da pessoa idosa, além de muitas vezes, no aumento no consumo de álcool etílico e drogas e entorpecentes, o que contribui para o forte desenvolvimento ou piora de diversas enfermidades já diagnosticadas anteriormente.^{10,12}

Nesse sentido, o fenômeno da violência contra pessoas que se encontram na faixa etária de 60 anos ou mais, se tornou um problema global, sendo identificada em diferentes culturas, estratos sociais, etnias e que, independe do nível socioeconômico, possui características próprias.^{9,13-15} Nesse sentido se constituiu enquanto objetivo da presente pesquisa, analisar o universo de denúncias de violência financeira contra o idoso no Brasil nos anos de 2011 a 2018.

Método

Trata-se de uma pesquisa do tipo exploratória, descritiva, comparativa e de abordagem quantitativa, que analisou a frequência de registros de violência financeira contra pessoas idosas no recorte geográfico formado pelo "Brasil", na série histórica formada pelos anos de "2011 a 2018", ou seja, oito (08) anos. Para a aquisição dos dados necessários a composição da presente pesquisa, os subsídios foram solicitados formalmente junto ao "Disque Direitos Humanos - Disque 100, gerenciado pelo Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos" (MMFDH). O Disque Direitos Humanos - Disque 100, se constitui enquanto um importante serviço responsável pela disseminação de informações relacionadas aos direitos de grupos vulneráveis sociais e também, de denúncias de violações de direitos humanos.¹⁶

Por meio desse importante serviço, o MMFDH recebe, analisa e encaminha aos órgãos de proteção e responsabilização das denúncias de violações de direitos de crianças e adolescentes, pessoas idosas, pessoas com algum tipo de deficiência, população LGBTQ+, população em situação de rua, dentre muitos outros.¹⁶ Também foram realizados levantamentos bibliográficos eletrônicos junto a bases informatizadas, sendo possível adquirir artigos de periódicos

científicos e documentos oficiais do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Ministério da Saúde (MS) e do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS).

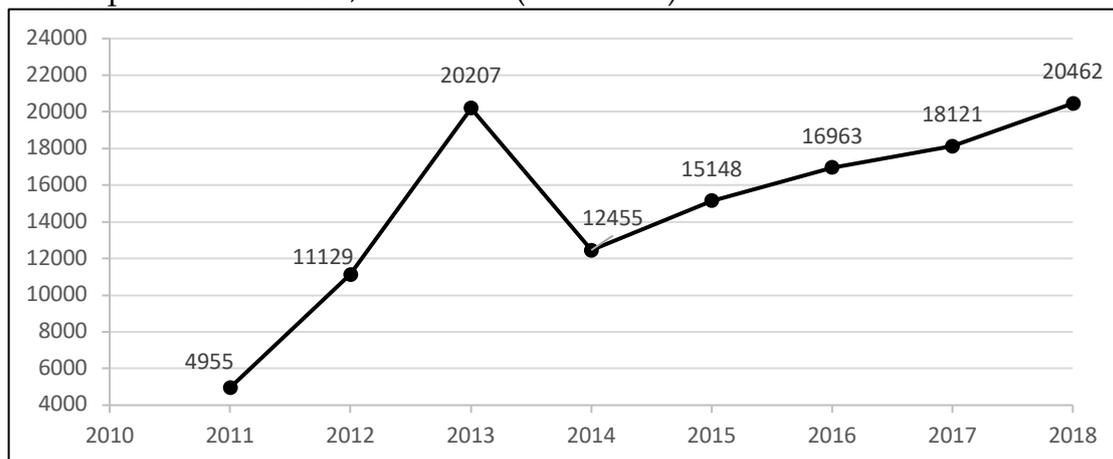
Foram utilizados os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) da Biblioteca Virtual em Saúde - BVS acessível no endereço eletrônico (<https://decs.bvsalud.org/>), sendo os mesmos, "Crime" com o identificar DeCS "3433" e o ID do descritor "D003415", "Exposição à Violência" com o Identificador DeCS "56165" e o ID do descritor "D000069581", "Idoso" com o Identificador DeCS "20174" e o ID do descritor "D000368", "Maus-Tratos ao Idoso" com o Identificador DeCS "4626" e o ID do descritor "D004552", "Notificação de Abuso" com o Identificador DeCS "33186" e o ID do descritor "D019221", "Testamentos" com o Identificador DeCS "15318" e o ID do descritor "D014918", "Violações dos Direitos Humanos" com o Identificador DeCS "38400" e o ID do descritor "D045809", "Violência" com o Identificador DeCS "15158" e o ID do descritor "D014754", "Violência Doméstica" com o Identificador DeCS "31499" e o "ID do descritor "D017579", "Vítimas de Crime" com o Identificador DeCS "33199" e o ID do descritor "D019548".

Após a aquisição dos dados necessários a edificação da presente pesquisa, os mesmos foram organizados utilizando o software *Microsoft Excel 2016*®, pertencente ao pacote *Microsoft Office 2016*® for *Windows*®. Foi implementada análise estatística do tipo descritiva, sendo possível a realização dos cálculos percentuais (%), de média aritmética (\bar{X}) e de desvio padrão (σ). Os resultados foram apresentados por meio de duas (02) figuras e de três (03) tabelas explicativas. Os autores declaram a inexistência de conflitos de interesses.

Resultados

No processo de organização e análise dos dados, foi identificado o universo de 119.440 registros de violência financeira implementadas contra pessoas idosas no recorte geográfico e histórico analisados, além de média e desvio-padrão ($14.930 \pm 5.249,3$), conforme exposto junto a figura 1. O ano de 2018 registrou a maior preponderância dentre os analisados com 17,1% ($n=20.462$) e o ano de 2011 a menor com 4,1% ($n= 4.955$).

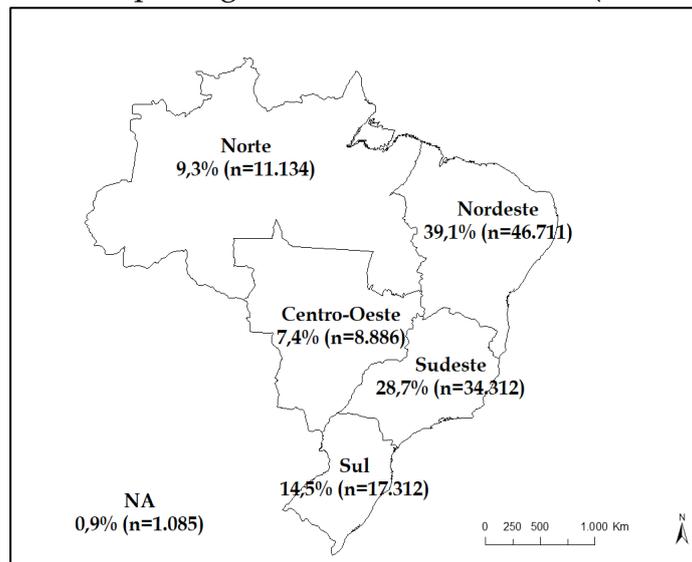
Figura 1 - Distribuição da frequência de denúncias de violência financeira contra idosos por ano no Brasil, 2011-2018 ($n=119.440$):



Fonte: Adaptado do MMFDH, 2021.

Quando analisada a frequência de registros de denúncias de violência financeira contra pessoas idosas por regiões brasileira, foi possível identificar que o Nordeste (NE) registrou a maior preponderância com 39,1% (n=46.711) e o Centro-Oeste (CO) a menor com 7,4% (n=8.886), conforme identificado junto a figura 2.

Figura 2 - Distribuição da frequência de registros de denúncias de violência financeira contra idosos por regiões no Brasil, 2011-2018 (n=119.440):



Fonte: Adaptado do MMFDH, 2021.

Quando analisada a frequência de registros de denúncias de violência financeira contra idosos por unidades federativas (UF) foi verificado que estado de Minas Gerais (MG) registrou a maior preponderância com 10,4% (n=12.458) e o Amapá (AP) a menor com 0,2% (n=196), conforme exposto junto a tabela 1.

Tabela 1 - Distribuição da frequência de registros de denúncias de violência financeira contra idosos por UF, com percentual, no Brasil, 2011-2018 (n=119.440):

UF	f	%
Minas Gerais	12.458	10,4
Sergipe	11.540	9,7
São Paulo	9.719	8,1
Rio de Janeiro	9.652	8,1
Paraná	9.376	7,8
Bahia	7.719	6,5
Ceará	6.322	5,3
Rio Grande do Sul	5.617	4,7
Paraíba	4.687	3,9
Pernambuco	4.140	3,5
Maranhão	4.027	3,4
Piauí	3.799	3,2
Pará	3.526	3
Goiás	3.375	2,8

Amazonas	3.065	2,6
Roraima	2.934	2,5
Rio Grande do Norte	2.890	2,4
Distrito Federal	2.607	2,2
Espírito Santo	2.483	2,1
Santa Catarina	2.319	1,9
Mato Grosso do Sul	1.887	1,6
Alagoas	1.587	1,3
Mato Grosso	1.017	0,9
Acre	578	0,5
Rondônia	496	0,4
Tocantins	339	0,3
Amapá	196	0,2
NA	1.085	0,9
Total	119.440	100

Fonte: Adaptado do MMFDH, 2021.

Já quando analisada a frequência de registros de denúncia de violência financeira contra o idosos por tipo, foi possível verificar que a retenção de salário/bens foi o crime com a maior preponderância, registrando 65,3% (n=77.955) e subtração/invalidação/ocultação e documentos a menor com 0,9% (n=1.055) a menor preponderância, conforme exposto junto a tabela 2.

Tabela 2 - Distribuição da frequência de registros de denúncias de violência financeira contra idosos por tipo, no Brasil, 2011-2018 (n=119.440):

Ano	Retenção de Salário/Bens	Expropriação / Apropriação de Bens	Extorsão	Furto	Destruição de Bens	Roubo	Outros	Estelionato	Subtração / Invalidação/ Ocultação e Documentos	Total
2011	3.392	514	145	218	186	111	85	52	252	4.955
2012	7.924	1.355	348	365	305	185	155	123	369	11.129
2013	14.072	2.771	817	739	548	352	299	198	411	20.207
2014	8.707	1.982	549	422	305	213	156	115	6	12.455
2015	10.330	2.308	822	505	385	363	267	165	3	15.148
2016	10.728	2.854	1.198	722	524	390	343	202	2	16.963
2017	10.754	3.519	1.301	908	728	392	166	346	7	18.121
2018	12.048	4.286	1.514	906	846	415	152	290	5	20.462
Total	77.955	19.589	6.694	4.785	3.827	2.421	1.623	14.91	1.055	119.440

Fonte: Adaptado do MMFDH, 2021.

Quando analisada a distribuição da frequência de registros de denúncias de violência financeira contra idosos por tipo, foi possível identificar que o crime de retenção de salário e bens, registrou a maior preponderância com 65,3% (n=77.955) e a menor foi de subtração, invalidação, ocultação de bens com 0,9% (n=1.055), conforme apresentado na tabela 3.

Tabela 3 - Distribuição da frequência de registros de denúncias de violência financeira contra idosos por tipo, percentual, média e desvio padrão no Brasil, 2011-2018 (n=119.440):*

Tipo de violência financeira	f **	% ***	\bar{X} ****	σ *****
Retenção de salário/bens	77.955	65,3	9.744	3.187,2
Expropriação/apropriação de bens	19.589	16,4	2.448,6	1.193,2
Extorsão	6.694	5,6	836,7	478,9
Furto	4.785	4	598,1	257,6
Destruição de Bens	3.827	3,2	478,3	226,4
Roubo	2.421	2	302,6	115,2
Estelionato	1.491	1,2	186,3	95,8
Subtração/invalidação/ocultação de documentos	1.055	0,9	131,8	181,1
Outros	1.623	1,4	202,8	88,9
Total	119.440	100	14.930	5.249,3

Fonte: Adaptado do MMFDH, 2021.

* Os autores são fiéis aos dados adquiridos; ** f : Frequência; *** % : Percentual; **** \bar{X} : Média aritmética; ***** σ : Desvio padrão.

Discussão

Em relação ao que foi identificado, no que se refere ao aumento da frequência de denúncias de violência financeira contra o idoso no recorte geográfico e histórico analisados, foi encontrada sustentação com o que se encontra junto a literatura científica, quando é defendido que, os casos de violência contra a pessoa idosa ocorrem com mais frequência no âmbito familiar, principalmente pelos filhos e netos, contabilizando aproximadamente 52,9% dos casos, conforme dados disponibilizados pelo MMFDH.¹⁷ Nesse contexto, segundo alguns pesquisadores, o abuso financeiro, é definido enquanto o uso inapropriado, ou ilícito ou ainda, sem o consentimento da pessoa idosa de seus patrimônios e também, de recursos monetários.¹⁷⁻¹⁹

A violência contra pessoas idosas foi definida pela OMS como sendo um ato único ou repetido ou ainda a omissão, podendo ser realizada com intenção ou de forma inconsciente, que provoque qualquer sofrimento físico ou emocional em um relacionamento de confiança, pois, tal ato pode ocorrer em diferentes contextos, sendo eles no meio doméstico ou fora do mesmo, e também, por alguém que tenha uma relação de poder diante da pessoa/familiar envelhecido.^{9,15,18-19} Além disso, a OMS listou sete (07) tipos diferentes de modalidades de violência, sendo o abuso financeiro um dos mais frequentes dentre os apontados.^{9,14-15,20}

Já para outros pesquisadores, esse crime pode ser praticado geralmente, por uma pessoa próxima, em que a vítima possui um elevado grau de confiança sobre o abusador, e nesse sentido, são encontradas grandes dificuldades na detecção desse fenômeno, pela resistência ou medo do idoso em realizar a denúncia, juntamente com o reduzido preparo de profissionais para lidar com a situação, sendo assim, indispensável o conhecimento sobre tal assunto.^{18,20} Já em relação ao que foi identificado no que se refere a retenção de salário e bens, enquanto principal forma de violência infligida contra idosos, foi identificada relação com o que se encontra exposto junto à literatura científica que, em geral,

esse fenômeno ocorre simultaneamente a outros tipos de violência, como a psicológica, a social e a física, com grande prevalência em pessoas com maior dependência, como as que possuem algum tipo de transtorno mental ou sofrimento emocional.^{14-15,18}

Partindo da conceituação dos diferentes tipos de violência apresentada junto a Política Nacional de Redução de Acidentes e Violências, é defendido que o abuso financeiro e econômico se constituem da exploração inadequada ou ilegal da pessoa idosa ou ao uso não permitido de seus recursos monetários, sendo que este crime, normalmente, costuma acontecer principalmente no meio familiar.^{14,16,20,21} Analisando o fenômeno da violência financeira contra o idoso, foi possível verificar o que foi sustentado pela Secretaria dos Direitos Humanos, que tipificou o quantitativo de seis (06) características e também, das circunstâncias fortemente presentes no perfil constituído do agressor e do seu *modus operandi*.^{3,18,23,24}

Dentre as principais características identificadas, podem ser citadas a situação de quando o agressor reside na mesma residência que a vítima idosa, quando o seu filho ou familiar próximo, possui(em) algum tipo de dependência financeira de seus pais, possuidores de faixas etárias elevadas, ou ainda, quando o abusador faz consumo de algum tipo de álcool etílico e/ou de substâncias psicoativas.^{3,9,16,23,24} Também podem ser citados enquanto atributos e aspectos próprios, referentes ao tipo de delito ou contravenção em análise, quando a pessoa envolvida realizar ação motivada por vingança em relação a pessoa com a qual, se possuía um relacionamento afetivo fraco, por ter abandonado no passado, a família ou ainda, praticado algum tipo de violência anteriormente, e ainda, quando pessoas contratadas pela família, desenvolvem atividades próprias de cuidador com a vítima e ela possui alguma incapacidade mental ou complicação relacionada ao isolamento social.^{3,13,14,24}

Também são citadas enquanto importantes fatores de risco, as desavenças com o responsável pelo idoso, sendo que a existência de todos os aspectos elencados anteriormente, normalmente costumam gerar individualmente ou conjuntamente, o que é conhecido enquanto alterações junto aos processos familiares.^{14,25,26} Nesse sentido, mais facilmente são também identificadas, às dificuldades e complicações na implementação do autocuidado nas atividades de vida diária (AVD) e nas atividades instrumentais de vida diária (AIVD), colaborando desta forma, para a ampliação do grau da dependência, e conseqüentemente, a possibilidade de sofrer maus-tratos e violência de todas as espécies.^{14,18,25,26}

Por outro lado, em decorrência ao acelerado aumento demográfico da população idosa tanto internacionalmente quanto nacionalmente, conforme defendido por várias literaturas científicas, a questão da violência vem ganhando visibilidade cada vez maior junto aos vários campos do conhecimento, pois a idade, se transformou num importante fator de risco para o desenvolvimento deste ruidoso fenômeno, uma vez que quanto mais idosa for a pessoa devido ao seu nível de dependência, maior será a probabilidade do mesmo se tornar alvo de maus tratos.^{5,7,14,23,24,26} Segundo algumas importantes projeções realizadas recentemente, o quantitativo de habitantes com idade igual ou superior a 65 anos, poderá alcançar a frequência acima de 30% no ano de 2050, sendo que no Brasil, a população vem envelhecendo em ritmo fortemente acelerado junto as últimas décadas, em razão do decréscimo da taxa de mortalidade identificada no início

da última década de 60, além do declínio das taxas de fecundidade, pertencentes ao início da década de 80.^{14,22,27,28}

Assim, foi divulgado pela OMS o “Mapa da violência”, onde são apontados alguns aspectos intimamente relacionados com esse complexo crime, como o desgaste nas relações familiares, os problemas e fragilidades financeiras, a dependência do idoso, a questão do isolamento social, a dispersão dos jovens, a divisão de herança dentre familiares e outros herdeiros, além dos inúmeros aspectos culturais e socioeconômicos relacionados.^{18,02,23,26} Também são descritos junto a literatura científica, enquanto fatores de risco à pessoa idosa, a existência de algum tipo de demência e enfermidades do tipo neurológica, a depressão, o fenômeno da privação de apoio familiar e social, a deficiência física, o isolamento, o consumo de entorpecentes em seus vários tipos e/ou bebidas gaseificadas etílicas, o que irá potencializar fortemente o rebaixamento junto às capacidade e potencialidades cognitivas e funcionais.^{14,20,25-26}

Os fatores citados anteriormente, também podem apresentar relação com o cansaço físico e mental, resultante da diminuição, ou ainda, inexistência de cuidados especializados disponibilizados à pessoa idosa, especialmente quando o mesmo, possui diagnosticadas doenças crônicas, esgotamento mental, estresse ou ainda, algum tipo de incapacidade debilitante definitiva.^{14,23,24,26,29} Neste contexto, a pessoa idosa que possui algum tipo de dependência ou fragilidade física ou mental, estará bem mais propensa a possibilidade de sofrer algum tipo de violência financeira ou de outro tipo, assim como, os que possuem algum tipo de déficit cognitivo, sono irregular, incontinência do tipo urinária ou fecal, dificuldade em se movimentar, e os que precisam de cuidados intensivos, que em decorrência desses atos criminosos, podem vir a desencadear o surgimento de quadros depressivos, de negação, além de sentimento de culpabilidade e de desânimo.^{14,28,29,30}

Diante de todas as tipologias de violência contra a pessoa idosa citadas, é importante ressaltar que a violência financeira, é aquela que vem apresentando nos últimos anos forte evolução, sendo a mesma praticada em numerosos casos, juntamente com a do tipo física e a psicológica.^{27,28,29,30} Essa constatação encontra sustentação, em razão dos numerosos problemas causados em decorrência à saúde debilitada da pessoa idosa, bem como, sua reduzida qualidade de vida (QV), sendo verificada a presença de algum grau de estresse psicológico, traumas, lesões de várias ordens e a diminuída da disponibilização de segurança, podendo culminar em seu óbito, especialmente quando esses fatores e fenômenos ocorrem no meio familiar, devido a relação de “confiança” e “cumplicidade” existente por parte da vítima.^{29,30,31}

Conforme defendido pelo Plano de Ação para o Enfrentamento da Violência Contra a Pessoa Idosa, os abusos do tipo econômicos, podem ser cometidos no âmbito familiar, em que há a presença de disputas para a apropriação de bens e de heranças futuras, além de tentativas em obrigar a vítima na disponibilização de documentos e de procurações, que permitam ao familiar ter acesso a patrimônio(s) do mesmo, por exemplo, na prática de vendas de imóveis e de pecúlio(s) não consentidos.³² Através do afastamento do idoso de sua moradia e/ou espaço social de convívio, ou ainda, pelo seu isolamento domiciliar em sua propriedade(s), o referido ato ilícito possui enquanto objetivo substancialmente, o desenvolvimento do crime de extorsão de seus pertences, economias e posses, sem o seu prévio consentimento.^{28,30,31,32}

Já para outros pesquisadores desta importante temática, além do meio familiar, o crime de violência financeira pode ocorrer envolvendo pessoas terceiras de convívio do idoso vitimado, como por exemplo, vizinhos próximos e também, profissionais cuidadores, que normalmente, costumam observar os mesmos, que residem sozinhos ou que são viúvos, através de obituários e notas de falecimento.³³ Por outro lado, há também a prática implementada por um grupo que é reduzidamente estudado, sendo desenvolvida por meio do mercado e de operações comerciais, em que as mesmas, procuram ganhar a confiança da vítima idosa, com o uso enganoso do que é conhecido enquanto “marketing induzindo” a mesma, ao desenvolvimento de compras exageradas de mercadorias e de serviços de diversas naturezas.^{31,32,33}

Para o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), com a extensão da longevidade do brasileiro, foi também ampliada a quantidade de famílias que cuidam de pessoas com mais de 60 anos, sendo que no ano de 2019, 5,1 milhões de famílias faziam parte desse grupo.^{5,7} No que diz respeito ao composto identificado enquanto família, este abrange diferentes conceitos, entre eles podem ser mencionados, a representação com um vínculo interpessoal, composta diretamente por pessoas que se relacionam por diferentes e inúmeras razões e, que possuem laços afetivos e também, de reprodução, podendo residirem juntas ou não, sendo que a mesma possui papel fundamental e preponderante na vida do idoso, uma vez que é nela que ele encontra normalmente a segurança e o acolhimento.^{5,8,14,18}

A complexidade do fenômeno da violência financeira contra o idoso é tamanha que, alguns estudiosos apontam que existem algumas razões pelas quais ocorre este crime contra esta população, como por exemplo, por conta desse público em específico, dominar grande parte da riqueza global, além dos mesmos se constituírem enquanto passíveis para serem controlados pelo(s) agressor(es) em caso de apresentarem em sua constituição morfológica, algum tipo de deficiência.^{14,23,24,33} Da mesma forma que, as pessoas idosas estão mais vulneráveis à violência financeira por conta de haver uma previsão de quando vão ou não possuir algum valor financeiro consigo, ou ainda, muitas vezes, não denunciarem seus agressores as autoridades competentes, por medo, vergonha ou adoecimento, ou também, por não haver, no momento da contravenção financeira, a presença de testemunha(s) suficiente(s).^{12,14,23,24,33}

Nesse contexto, a questão do crime de violência financeira contra a pessoa idosa pode apresentar outras circunstâncias para a sua ocorrência, como a possibilidade da mesma, culminar em mortalidade antes desta contravenção ser investigada, além da vítima não possuir conhecimento(s) sobre assuntos financeiros, ou tecnologia que controla as finanças, direitos, legislações dentre alguns outros.^{23,24,25,31,33} Na atualidade, o crime de violência contra o idoso, identificado no decurso da pandemia do Covid-19, também vem sendo registrado, juntamente com outras pessoas que se encontram em situação de vulnerabilidade, como é o caso de crianças, adolescentes, mulheres dentre outros, potencializado por conta do isolamento social, enquanto medida preventiva a aquisição desta enfermidade pandêmica.³⁴

Conclusão

Por meio da presente pesquisa, foi possível identificar aumento na frequência de registros de denúncias de violência financeira contra as pessoas idosas no recorte histórico e geográfico investigados. Apesar da presente produção possuir limitações em seu corpo integrativo, os objetivos propostos foram alcançados em sua integralidade, sendo possível melhor entender o fenômeno analisado, oferecendo genuína contribuição para a sua compreensão com maior profundidade.

A questão da violência financeira direcionada a pessoa idosa, se constitui enquanto um complexo problema de saúde pública, por conta de suas diversas representações e derivações diretas e indiretas. Nos últimos dois anos, por conta do advento do Covid-19 e de seus impactos nacionais e internacionais identificados, mais fortemente por meio da literatura científica e pelos vários meios comunicações em mídia, foi também possível constituir a sua relação com a violência financeira infligida contra o idoso.

Esse fenômeno se encontra relação, em decorrência das medidas de segurança estabelecidas, como por exemplo, o isolamento social junto as residências, e no caso do idoso nas instituições de longa permanência (ILP), a dificuldade do vitimado possui, em manipular as suas rendas e aposentadoria, além da maior mediação de seus familiares, conhecidos e pessoas próximas, junto à movimentações pecuniárias, transferências e operações do gênero. Desta forma, cabe a família, às várias agremiações existentes de defesa ao idoso, a sociedade e ao Estado, se esforçarem mais robustamente, no desenvolvimento de estratégias que efetivamente favoreçam a mitigação do quantitativo de denúncias de crimes de violência financeira em todas as suas modalidades.

Apesar da existência do Estatuto do Idoso, da Política Nacional do Idoso, dentre outros dispositivos instituídos, outros mecanismos de empoderamento e de apoio legislativo ao combate à violência monetária contra a pessoa idosa, devem ser articulados em todas as esferas políticas brasileiras, enquanto forma efetiva e eficiente de combate e controle deste lamentável e ruidoso delito. A violência financeira implementada contra a pessoa idosa se constitui também enquanto um grave crime contra os direitos humanos, contra a sociedade e o ser envelhecendo, necessitando serem potencializadas medidas para a sua mitigação, além de responsabilização criminal das pessoas que pratiquem este ato criminoso.

Agradecimento

Essa pesquisa não recebeu financiamento para sua realização.

Referências

- 1 - Ferreira OGL, Maciel SC, Silva AO, Sá RC da N, Moreira MASP. Significados atribuídos ao envelhecimento: idoso, velho e idoso ativo. *Psico-USF*. 2010;15(3):357-364. doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-82712010000300009>.
- 2 - Duque AM, Leal MCC, Marques AP de O, Eskinazi FMV, Duque AM. Violência contra idosos no ambiente doméstico: prevalência e fatores associados

(Recife/PE). *Ciência & Saúde Coletiva*. 2012;17(8):2199-2208. doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000800030>.

3 - Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Cadernos de Atenção Básica - n.º 19. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa*. Brasília. Distrito Federal. 2006. p. 192. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/avelhecimento_saude_pessoa_idosa.pdf]. Acesso em: 15 out. 2020.

4 - Organização Pan-Americana da Saúde. Início. Folha Informativa. *Envelhecimento e Saúde*. 2018. Disponível em: [https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5661:folha-informativa-envelhecimento-esaude&Itemid=820#:~:text=Entre%202015%20e%202050%2C%20a,de%20baixa%20e%20m%C3%A9dia%20renda]. Acesso em: 12 set. 2020.

5 - Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Agência IBGE notícias. *Com envelhecimento, cresce número de familiares que cuidam de idosos no país*. 2020. Disponível em: [<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/27878-com-envelhecimento-cresce-numero-de-familiares-que-cuidam-de-idosos-no-pais>]. Acesso em: 13 set. 2020.

6 - Berlezi EM, Farias AM, Dallazen F, Oliveira KR, Pillatt AP, Fortes CK. Como está a capacidade funcional de idosos residentes em comunidades com taxa de envelhecimento populacional acelerado? *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol*. 2016;19(4):643-652. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1809-98232016019.150156>.

7 - Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Agência IBGE de notícias. *PNAD Contínua. Número de Idosos Cresce em 18% em 5 anos e ultrapassa 30 milhões em 2017*. Disponível em: [<https://www.ecodebate.com.br/2018/04/27/ibgepnad-continua-numero-de-idosos-cresce-18-em-5-anos-e-ultrapassa-30-milhoes-em-2017/>]. Acesso em: 12 set. 2020.

8 - Souza A, Pelegrini T dos S, Ribeiro JH de M, Pereira DS, Mendes MA. Conceito de insuficiência familiar na pessoa idosa: análise crítica da literatura. *Rev. Bras. Enferm*. 2015; 68 (6). 1176-1185. doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2015680625i>.

9 - Oliveira AS. Transição demográfica, transição epidemiológica e envelhecimento populacional no Brasil. *Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde*. 2019;31(15):69-79. doi: <https://doi.org/10.14393/Hygeia153248614>.

10 - Sousa NFS, Lima MG, Cesar CLG, Barros MB de A. Envelhecimento ativo: prevalência e diferenças de gênero e idade em estudo de base populacional. *Caderno de Saúde Pública*. 2018;34(11):1-14. doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00173317>.

11 - Miranda GMD, Mendes ACG, Silva ALA. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontologia*. 2016;19(3):507-519. doi: <https://doi.org/10.1590/1809-98232016019.150140>.

12 - Santos MAB, Moreira R da S, Faccio PF, Gomes GC, Silva V de L. Fatores associados à violência contra o idoso: uma revisão sistemática da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2020;25(6):2153-2175. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.25112018>.

13 - Biasus F. Reflexões sobre o envelhecimento humano: aspectos psicológicos e relacionamento familiar. *Revista Perspectiva*. 2016;40(152):55-63. Disponível em:

- [http://www.uricer.edu.br/site/pdfs/perspectiva/152_594.pdf]. Acesso em: 13 out. 2020.
- 14 - Silva CFS, Dias CMSB. Violência contra idosos na família: motivações, sentimentos e necessidades do agressor. *Psicologia: Ciência e Profissão*. 2016; 36(3):637-652. doi: <https://doi.org/10.1590/1982-3703001462014>.
- 15 - Oliveira KSM, Carvalho FPB de, Oliveira LC de, Simpson CA, Silva FTL da, Martins AGC. Violência contra idosos: concepções dos profissionais de enfermagem acerca da detecção e prevenção. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 2018; 39; e57462. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.57462>.
- 16 - Brasil. Governo do Brasil. Serviços. Denunciar violação de direitos humanos. Assistência Social. Rede de Assistência e Proteção Social. Proteção Social. Denunciar violação de direitos humanos (Disque 100). 2020. Disponível em: [<https://www.gov.br/pt-br/servicos/denunciar-violacao-de-direitos-humanos>]. Acesso em: 07 jun 2021.
- 17 - Brasil. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. Balanço anual do Disque 100 registra aumento de 13% em denúncias de violações contra a pessoa idosa. 2019. Disponível em: [<https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/noticias/2019/junho/balanco-anual-do-disque-100-registra-aumento-de-13-em-denuncias-de-violacoes-contr-a-pessoa-idosa>]. Acesso em: 13 out. 2020.
- 18 - Sampaio TSO, *et al.* Violência financeira em idosos. *C&D-Revista Eletrônica da FAINOR*. 2017;10(3):363-375. Disponível em: [<http://srv02.fainor.com.br/revista237/index.php/memorias/article/view/665/350>]. Acesso em: 10 out. 2020.
- 19 - Pinto FNFR, Barham EJ, Albuquerque PP. Idosos vítimas de violência: fatores sociodemográficos e subsídios para futuras intervenções. *Estud. pesqui. psicol.* 2013;13(3):1159-81. Disponível em: [<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/epp/v13n3/v13n3a18.pdf>]. Acesso em: 30 out. 2020.
- 20 - Alarcon MFS, Paes VP, Damaceno DG, Sponchiado VBY, Marin MJS. Violência financeira: circunstâncias da ocorrência contra idosos. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.* 2019;22(6):e190182. doi: <https://doi.org/10.1590/1981-22562019022.190182>.
- 21 - Calve T. Aspectos socioculturais do envelhecimento. Curitiba: Contentus. 2020. 100p.
- 22 - Minayo MCS. Violência contra idosos: o avesso de respeito à experiência e à sabedoria. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2004. 50p. Disponível em: [http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/_manual/4.pdf]. Acesso em: 17 maio 2021.
- 23 - Dias MI, Lopes A, Lemos R. Violência contra pessoas idosas: um olhar sobre o fenômeno em Portugal. *Revista Científica Internacional*. 2019;4:1-12. doi: <https://doi.org/10.5944/ts.4.2019.25256>.
- 24 - Dias VF, Araújo LSLR de, Cândido ASC, Lopes AOS, Pinheiro LMG, Reis LA dos. Dados sociodemográficos, condições de saúde e sinais de violência contra idosos longevos. *Revista de Saúde Coletiva UEFS*. 2019;9:186-192. doi: <http://dx.doi.org/10.13102/rscdauefs.v9i0.3685>.

- 25 - Faustino AM, Gandoufi L, Moura LBA. Capacidade funcional e situações de violência em idosos. *Acta Paulista de Enfermagem*. 2014;27(5):392-398. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201400066>.
- 26 - Sanches APRA, Lebrão ML, Duarte YAO. Violência contra idosos: uma questão nova? *Saúde e Sociedade*. 2008;17(3):90-100. doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902008000300010>.
- 27 - Ferreira PM. Envelhecimento ativo em Portugal: tendências recentes e (alguns) problemas. *Revista Kairós Gerontologia*. 2015;18 (Nº Especial 19); 7-29. doi: <https://doi.org/10.23925/2176-901X.2015v18iEspecial19p07-29>.
- 28 - Souza ER, Minayo MCS. Inserção do tema violência contra a pessoa idosa nas políticas públicas de atenção à saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2010; 15(6):2659-2668. doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000600002>.
- 29 - Grilo PMS, Junior IL. Maus-tratos a idosos: perfil das vítimas, vínculo com o agressor e atuação dos profissionais. *Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento*. 2015;20(2). 611-624. doi: <https://doi.org/10.22456/2316-2171.50955>.
- 30 - Daniel F, Antunes A, Amaral I. Representações sociais da velhice. *Análise Psicológica*. 2015;3(XXXIII);291-301. doi: <https://doi.org/10.14417/ap.972>.
- 31 - Farias APEC, Silva ALO, Andrade PLC, Medeiros RA de, Queiroz RB de, Dantas SH. Violência financeira contra idosos no âmbito familiar: uma revisão integrativa. *Revista Interdisciplinar em Saúde, Cajazeiras*. 2020;7(único);261-275. doi: <https://doi.org/10.35621/23587490.v7.n1.p261-275>.
- 32 - Brasil. Presidência da República. Subsecretaria de Direitos Humanos. Plano de Ação para o Enfrentamento da Violência Contra a Pessoa Idosa. Brasília: SDH. 2005, 24p. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acao_enfrentamento_violencia_idoso.pdf]. Acesso em: 26 maio 2021.
- 33 - Almeida GT, Pinto MR. Ampliando as fronteiras da Consumer Culture Theory: articulando o consumo de crédito e a violência financeira no contexto de idosos. *Revista Capital Científico*. 2020;18(3);117-134. doi: <https://doi.org/10.5935/2177-4153.20200022>.
- 34 - Moraes CL, Marques ES, Ribeiro AP, Souza ER de. Violência contra idosos durante a pandemia de covid-19 no Brasil: Contribuições para o seu enfrentamento. *Ciênc. saúde coletiva*. 2020;25(suppl2);4177-4184. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-812320202510.2.27662020>.

Autor de Correspondência

Lincoln Agudo Oliveira Benito
SEPN 707/907, Via W 5 Norte, Campus
Universitário. CEP: 70790-075. Asa Norte.
Brasília, Distrito Federal, Brasil.
lincolnbenito@yahoo.com.br

Perfil epidemiológico e de morbimortalidade da unidade de terapia intensiva de um hospital público

Epidemiological and morbidity and mortality profile of the intensive care unit of a public hospital

Perfil epidemiológico y de morbilidad y mortalidad de la unidad de cuidados intensivos de un hospital público

Isabella Cristina Severina¹, Vanderson Rodrigues Moreira², Luciano Ramos de Lima³, Marina Morato Stival⁴

Como citar: Severina IC, Moreira VR, Lima LR, Stival MM. Perfil epidemiológico e de morbimortalidade da unidade de terapia intensiva de um hospital público. REVISA. 2021; 10(2): 446-58. Doi: <https://doi.org/10.36239/revisa.v10.n2.p446a458>

REVISA

1. Universidade de Brasília, Programa de Pós-Graduação em Ciências e Tecnologias em Saúde. Brasília, Distrito Federal, Brasil.

<https://orcid.org/0000-0002-9391-6370>

2. Residência Multiprofissional de Terapia Intensiva. Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciência da Saúde. Brasília, Distrito Federal, Brasil.

<https://orcid.org/0000-0002-2312-0625>

3. Universidade de Brasília, Faculdade de Ceilândia. Ceilândia, Distrito Federal, Brasil.

<http://orcid.org/0000-0002-2709-6335>

4. Universidade de Brasília, Programa de Pós-Graduação em Ciências e Tecnologias em Saúde. Brasília, Distrito Federal, Brasil.

<https://orcid.org/0000-0001-6830-4914>

Recebido: 18/01/2021
Aprovado: 27/03/2021

RESUMO

Objetivo: caracterizar o perfil epidemiológico e de morbimortalidade da UTI de um hospital regional do Distrito Federal. **Método:** Trata-se de uma pesquisa transversal, quantitativa, retrospectiva e observacional. A amostra foi constituída por 182 pacientes, a coleta de dados foi realizada no ano 2016 e usou um instrumento semiestruturado próprio da pesquisa para avaliação de dados sociodemográficos, de admissão e de desfecho na unidade. **Resultados:** Prevaleceram os pacientes do sexo masculino, idosos, idade média de 56,42 anos, procedentes do próprio hospital analisado, com principal diagnóstico de internação e de óbito a sepse e/ou choque séptico. A taxa de mortalidade foi de 33%, sendo associada ($p \leq 0,05$) ao uso de drogas vasoativas na admissão, a um menor tempo de internação, e escores de APACHE acima de 20 pontos, enquanto a alta foi associada a um menor tempo de ventilação mecânica e a não necessidade de hemodiálise. **Conclusão:** homens, com sepse em uso de drogas vasoativas e APACHE ≥ 20 pontos estão relacionadas a mortalidade.

Descritores: Unidades de Terapia Intensiva; Estudos epidemiológicos; Mortalidade; Enfermagem.

ABSTRACT

Objective: to characterize the epidemiological and morbidity and mortality profile of the ICU of a regional hospital in the Federal District. **Method:** This is a cross-sectional, quantitative, retrospective and observational study. The sample consisted of 182 patients and data collection was carried out in 2016 and used a semi-structured research instrument to assess sociodemographic, admission and outcome data at the unit. **Results:** Male patients, elderly, mean age 56.42 years old, coming from the analyzed hospital, with main diagnosis of hospitalization and death from sepsis and/or septic shock prevailed. The mortality rate was 33%, being associated ($p \leq 0.05$) with the use of vasoactive drugs on admission, a shorter hospital stay, and APACHE scores above 20 points, while discharge was associated with a lower duration of mechanical ventilation and no need for hemodialysis. **Conclusion:** Men, with sepsis using vasoactive drugs and APACHE ≥ 20 points are related to mortality.

Descriptors: Intensive care units; Epidemiologic studies; Mortality; Nursing.

RESUMEN

Objetivo: caracterizar el perfil epidemiológico y de morbimortalidad de la UCI de un hospital regional del Distrito Federal. **Método:** Estudio transversal, cuantitativo, retrospectivo y observacional. La muestra estuvo conformada por 182 pacientes y la recolección de datos se realizó en 2016 y utilizó un instrumento de investigación semiestruturado para evaluar los datos sociodemográficos, de ingreso y de resultados en la unidad. **Resultados:** predominó el sexo masculino, ancianos, edad media 56,42 años, provenientes del hospital analizado, con diagnóstico principal de hospitalización y muerte por sepsis y / o choque séptico. La tasa de mortalidad fue del 33%, asociándose ($p \leq 0,05$) al uso de fármacos vasoactivos al ingreso, menor estancia hospitalaria y puntajes APACHE superiores a 20 puntos, mientras que el alta se asoció a menor duración de la ventilación mecánica y sin necesidad de hemodiálisis. **Conclusión:** los varones, con sepsis por uso de fármacos vasoactivos y APACHE ≥ 20 puntos se relacionan con la mortalidad. **Descritores:** Unidades de cuidados intensivos; Estudios epidemiológicos; Mortalidad; Enfermería.

Introdução

A transição demográfica brasileira dos últimos anos também afeta o perfil e a demanda e oferta de leitos ao paciente crítico de Unidade de Terapia Intensiva (UTI). O aumento da expectativa de vida e a evolução dos recursos tecnológicos e científicos são fatores que mudaram nas últimas décadas o perfil e as condições clínicas que levam a necessidade de internação de indivíduos às UTIs, como por exemplo, as doenças crônicas agudizadas que necessitam de tecnologias de alto custo.¹⁻⁴ O tempo de permanência de pacientes na UTI é um local que gera altos custos financeiros ao hospital, ao município e ao país, relacionados tanto a recursos materiais quando aos recursos humanos especializados.²

Uma pesquisa realizada em pacientes na UTI, em uso de ventilação mecânica (VM) não prolongada o custo da UTI para o hospital foi de aproximadamente 36,4%, enquanto os que utilizam VM prolongada o custo da UTI sobiu para 51,3% dos custos hospitalares.² Outro fator é presença de quadros de septicemia pode ser responsável por até 60% da mortalidade em UTI, um dos problemas eleva muito os custos do tratamento na UTI.⁵ O número de leitos no Brasil de UTI no ano de 2020 foi de 45.848 leitos, sendo 49,82% pertencentes ao Sistema único de Saúde (SUS) e 50,18% estão no sistema privado.¹ Manter a disponibilidade de leito é essencial, para fluxo de rotatividade, que pode ajudar pacientes elegíveis ao tratamento crítico em UTI melhorar a rotatividade e/ou disponibilidades de leito.

Na região Centro Oeste existem 4.570 leitos de UTI, sendo que 60,0% estão em instituições privadas e 40% no SUS, evidenciando menor número leito no ambiente público.¹ Pacientes atendidos pelo SUS podem aguardar disponibilidade de leitos de UTI. Assim, pacientes com quadro clínico mais grave sejam priorizados para a internação, aumentando assim as taxas de risco de mortalidade da unidade.²⁻⁵

Quantificar taxas de mortalidade, riscos de mortalidade, dentre outros dados epidemiológicos da UTI, auxiliam em conhecer perfil de rotatividade de leitos, indicadores de qualidade e podem ajudar a equipe a definir os objetivos futuros e conhecer os resultados dos cuidados. Além disso escores de prognóstico disponíveis para UTI também são importantes para planejar ações e direcionar a assistência da equipe.^{3,5} Segundo o Registro Nacional de Terapia Intensiva, a taxa de permanência em UTI brasileiras variou em 2016 de 5,6 para 6,01 dias em 2020 e a taxa de mortalidade no SUS foi de 1,35 e no privado de 1,04 em 2016 e 2020 no SUS foi de 1,58 e no privado 0,99.¹

Desta forma estudos de perfil de morbimortalidade têm sido identificados de pacientes internos em UTI no âmbito nacional^{1,6}, internacional⁷⁻⁸ e em estudos teóricos.^{7-8,9} No Brasil a taxa de mortalidade variou de 15% a 89%^{1,6-7,11-13} e em estudos internacionais é superior a 57%.^{7-8,14}

A mortalidade pode ser associada à diversos fatores internos e externos ao indivíduo, como por exemplo, idade, tempo de internação, uso e tempo de ventilação mecânica invasiva, escore prognóstico, diagnóstico de internação, uso de drogas vasoativas, entre outros, como também demonstrado em diversos outros estudos.^{5,8-14}

Mediante a alta demanda por leitos de UTI no âmbito hospitalar brasileiro e a vivência da prática profissional, se observa que uma assistência de qualidade constitui uma ferramenta essencial para a redução do tempo de internação nessas

unidades, acredita-se que conhecer e compreender o perfil de mortalidade do setor é fundamental para o conhecimento e planejamento de ações no ambiente de UTI. Esta pesquisa teve como objetivo caracterizar o perfil epidemiológico e de morbimortalidade da UTI de um hospital regional do Distrito Federal.

Método

Trata-se de uma pesquisa transversal de abordagem quantitativa, retrospectiva. A pesquisa foi realizada na Unidade Terapia Intensiva Adulto de um hospital público regional da região oeste do Distrito Federal.

A população do estudo foi constituída pelos pacientes admitidos na unidade durante o ano de 2016, somando um número total de 192 pacientes. A amostra foi composta pelos pacientes que atenderam aos critérios de inclusão: pacientes de ambos os sexos e com idade maior de 18 anos; atendidos na UTI do hospital regional no período entre janeiro e dezembro de 2016; pacientes internos com tempo superior a 24h de internação na UTI. Foram excluídos da pesquisa 10 pacientes que não atenderam a esses critérios, sendo 5 com idade menor que 18 anos e 5 com tempo de internação menor que 24h. Sendo assim, a amostra final da pesquisa foi de 182 indivíduos. A coleta de dados foi realizada no período de abril a agosto de 2017.

Na coleta de dados foi realizada em primeiro momento, no qual foram identificados todos os pacientes admitidos no ano de 2016 por meio de utilização do livro de admissão e alta da própria unidade e analisados quanto aos critérios de inclusão na pesquisa. Em seguida, adotou um instrumento de coleta de dados semiestruturado, preenchido de acordo com os dados contidos no prontuário eletrônico do paciente, sendo coletados variáveis de dados demográficos (idade, sexo, estado civil), estado clínico na admissão e o desfecho do paciente na unidade de terapia intensiva. Para preservar a privacidade dos participantes, os nomes dos pacientes foram substituídos por números. Esta pesquisa está de acordo com os padrões éticos da resolução CNS 466/2012 foi aprovado pelo CEP/FEPECS parecer nº 2.027.942.

Posterior foi criado um banco de dados foi criado no software *Package for the Social Sciences (SPSS®)* versão 20.0 e realizada a análise descritiva por frequências absolutas, relativas, médias, desvio padrão, mínima e máxima. Na etapa analítica, as associações entre as variáveis independentes e a variável dependente foram testadas por meio do teste qui-quadrado. O nível de significância considerado foi de $p < 0,05$.

Resultados

Os 182 internos da UTI participantes deste estudo, 53,8% eram do sexo masculino, com idade média $56,42 \pm 18,11$ anos (Mín.=18, Máx.=96 anos), sendo a maioria pertencente à faixa etária entre 60-69 anos (22,5%), seguido daqueles entre 70-79 anos (18,1%) (Tabela 1).

Tabela 1- Dados sociodemográficos de indivíduos admitidos na UTI (n=182) em um hospital regional em uma região administrativa do Distrito Federal, 2016. Distrito Federal, 2016.

Variável	N	%
Sexo		
Feminino	84	46,2
Masculino	98	53,8
Idade		
18 - 29 anos	15	8,2
30 - 39 anos	28	15,4
40 - 49 anos	23	12,6
50 - 59 anos	28	15,4
60 - 69 anos	41	22,5
70 - 79 anos	33	18,1
80 - 89 anos	11	6
90 - 99 anos	3	1,6
Estado Civil		
Solteiro (a)	31	17
Casado (a)	54	29,7
Divorciado (a)	14	7,7
Viúvo (a)	8	4,4
Desconhecido (a)	75	41,2

A maioria dos pacientes admitidos em 2016, 50,56% vieram de outros setores do próprio hospital regional, sendo eles a sala vermelha e sala amarela do Pronto Socorro e o centro cirúrgico (Tabela 2). Os pacientes admitidos, 73,6% estavam em sua maioria sedados e 67,0% sem lesão por pressão (LPP). Além disso, das 182 admissões no total, 6 delas foram de pacientes internados pela segunda vez na unidade no mesmo ano (Tabela 2). A média de dias entre a primeira e a segunda internação para esses 6 pacientes foi de $47 \pm 93,71$ dias (Mín.=1, Máx. =237 dias).

Tabela 2- Estado clínico na admissão de indivíduos admitidos na UTI (n=182) em um hospital regional em uma região administrativa do Distrito Federal. Distrito Federal, 2016.

Variável	N	%
Procedência		
Outros setores do hospital	92	50,5
Demais hospitais	68	37,4
UPAs	22	12,1
Nível De Consciência		
Sedado	134	73,6
Coma	10	5,5
Lesão Por Pressão		
Sim	60	33,0
Não	122	67,0
Ventilação Mecânica		
Sim	146	80,2
Não	36	19,8

Drogas Vasoativas		
Sim	96	52,7
Não	86	47,3
Reinternação		
Sim	6	3,3
Não	176	96,7

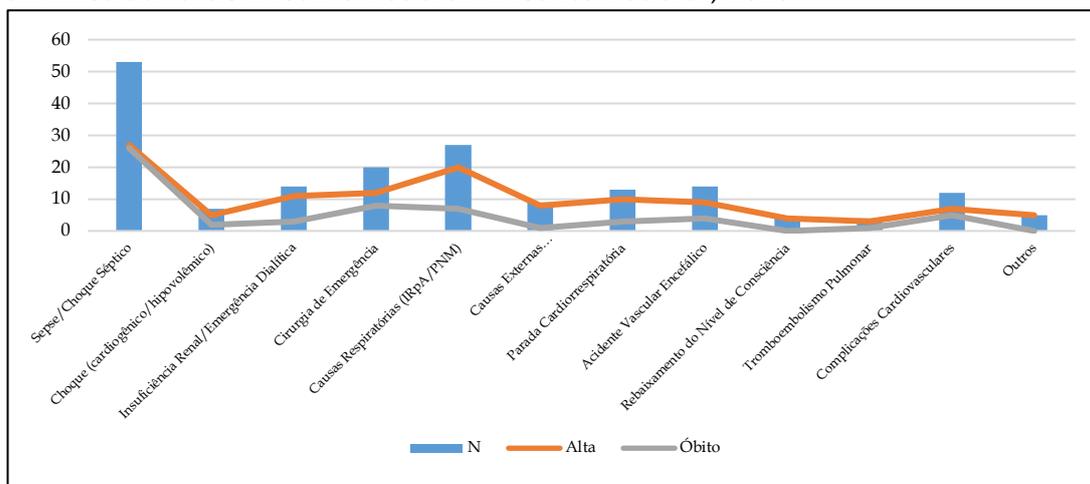
Prevaleceram 80,2% dos pacientes admitidos em uso de ventilação mecânica invasiva e 52,7% em uso de drogas vasoativas. Aqueles pacientes que estavam em uso de aminas vasoativas foram associados a uma maior taxa de óbito, ou seja, dos indivíduos que evoluíram à óbito, 70% utilizaram drogas vasoativas na admissão ($p=0,003$). Já no caso da ventilação mecânica, dentre aqueles que evoluíram à óbito, 90% foram admitidos em uso de ventilação mecânica, enquanto dentre os que tiveram alta 75,2% usaram esta terapia ($p=0,056$) (Tabela 3).

Tabela 3-Análise da admissão com o desfecho de indivíduos admitidos na UTI (n=182) do hospital regional em uma região administrativa do Distrito Federal. Distrito Federal, 2016.

	Total		Alta		Óbito		p
	N	%	N	%	N	%	
Ventilação Mecânica							0,056
Sim	146	80,2	91	75,2	54	90,0	
Não	36	19,8	30	24,8	6	10,0	
Drogas Vasoativas							0,003
Sim	96	52,7	53	43,8	42	70,0	
Não	86	47,3	68	56,2	18	30,0	

A Figura 1 demonstra os principais diagnósticos e causas de internação na UTI no ano de 2016, com destaque para a sepse e/ou choque séptico, responsável por 29,1% (n=53) das internações. Em seguida 14,8% com causas respiratórias incluindo insuficiência respiratória aguda e pneumonia e 11,0% pós-operatório de cirurgias de emergência, como os principais diagnósticos de internação. Em relação ao número de alta ou óbito para cada diagnóstico, para todas as causas de internação a alta foi mais prevalente do que o número de óbitos, resultado não significativo nessa amostra. No caso da sepse e/ou choque séptico, a diferença entre o número de altas ou óbitos desses pacientes foi a menor entre os diagnósticos, sendo 50,9% de alta e 49,1% de óbitos.

Figura 1- Diagnósticos de admissão relacionado ao número de alta e de óbito de indivíduos admitidos na UTI (n=182) do hospital regional em uma região administrativa do Distrito Federal. Distrito Federal, 2016.



No ano de 2016, 66,5% dos pacientes admitidos tiveram como desfecho a alta da unidade, sendo a taxa de mortalidade totalizada em 33%. Apenas 1 paciente admitido em 2016 permaneceu internado (a) na UTI durante todo o período de coleta de dados. No seu desfecho (alta ou óbito), 54,4% dos pacientes não apresentavam lesão por pressão (LPP), sendo então 23 novos casos de LPP durante 2016 de acordo com os dados. Dentre os pacientes que tiveram alta da unidade, 23,1% evoluíram a óbito após a alta no primeiro ano (média de 56,75 dias; DP±88,37, Mín.=3, Máx.=349 dias) (Tabela 4).

Tabela 4- Evolução de indivíduos admitidos na UTI (n=182) do hospital regional em uma região administrativa do Distrito Federal. Distrito Federal, 2016.

Variável	N	%
Desfecho		
Alta	121	66,5
Óbito	60	33,0
Permanência	1	0,5
Lesão Por Pressão		
Sim	83	45,6
Não	99	54,4
Óbito Após A Alta		
Sim	28	23,1
Não	93	76,9

A maioria dos pacientes ficou internado na UTI entre 1-3 semanas (52,7%), seguido dos pacientes internados menos de 1 semana (29,7%). A média do tempo de internação foi de 17,46±26,29 dias (Mín.=1, Máx.=259 dias). Dentre os pacientes que evoluíram à óbito, 48,3% ficaram na UTI menos de 1 semana, assim como um maior tempo de internação foi associado ao desfecho de alta desses pacientes (p=0,002) (Tabela 5).

Em relação ao tempo de permanência em ventilação mecânica, prevaleceram os com menos de 1 semana (53,3%), seguido dos de 1-2 semanas (34,6%). A média do tempo de ventilação mecânica foi de 10,61±22,28 dias

(Mín.=0, Máx.=219 dias). Nesse caso, um maior tempo de ventilação mecânica foi associado ao maior número de óbitos na unidade ($p=0,032$) (Tabela 5).

Tabela 5- Análise da evolução com o desfecho de indivíduos admitidos na UTI (n=182) do hospital regional em uma região administrativa do Distrito Federal. Distrito Federal, 2016.

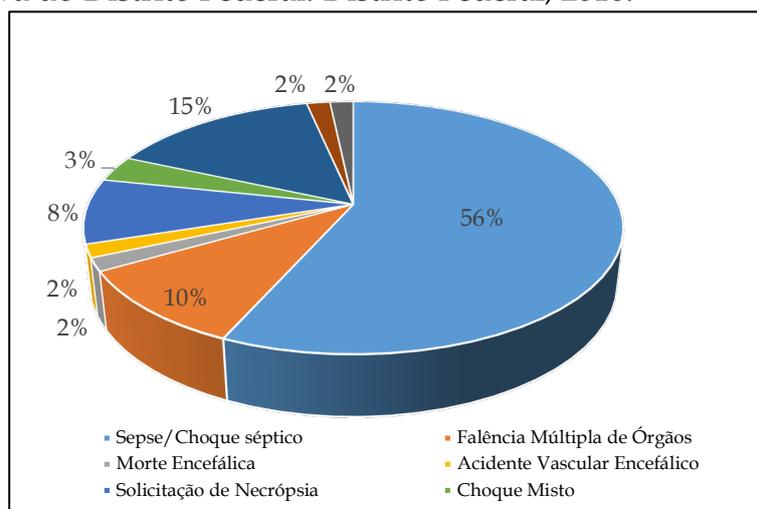
	Total		Alta		Óbito		p
	N	%	N	%	N	%	
Tempo de internação							0,002
< 1 semana	54	29,7	25	20,7	29	48,3	
1 - 3 semanas	96	52,7	74	61,2	22	36,7	
4 - 6 semanas	22	12,1	16	13,2	6	10,0	
> 6 semanas	10	5,5	6	5,0	3	5,0	
Tempo de ventilação mecânica							0,032
< 1 semana	97	53,3	67	55,4	30	50,0	
1 - 2 semanas	63	34,6	45	37,2	18	30,0	
3 - 4 semanas	10	5,5	6	5,0	4	6,7	
> 4 semanas	12	6,6	3	2,5	8	13,3	
Hemodiálise							0,001
Sim	51	28,0	25	20,7	26	43,3	
Não	131	72,0	96	79,3	34	56,7	
Apache II							0,001
0-4	3	1,6	3	2,5	0	0,0	
5-9	15	8,2	15	12,4	0	0,0	
10-14	24	13,2	18	14,9	6	10,0	
15-19	44	24,2	36	29,8	8	13,3	
20-24	39	21,4	23	19,0	16	26,7	
25-29	34	18,7	15	12,4	18	30,0	
30-34	19	10,4	11	9,1	8	13,3	
35-100	4	2,2	0	0,0	4	6,7	

Prevaleram ainda os pacientes que não realizaram hemodiálise (72,0%) (Tabela 4). Dentre aqueles que realizaram hemodiálise, o tempo médio de terapia dialítica foi de $21,54 \pm 47,64$ dias (Mín.=1, Máx.=255 dias), sendo que 12 pacientes tiveram alta ainda dependentes dessa terapia. Aqueles pacientes que não realizaram hemodiálise tiveram o desfecho de alta da unidade mais prevalente do que os que necessitaram da terapia de substituição renal ($p=0,001$) (Tabela 5).

Em relação ao índice APACHE II, nesta amostra prevaleceram indivíduos com valor entre 15-19, seguidos daqueles entre valores entre 20-24. A média do valor do APACHE II foi de $20,33 \pm 7,67$ (Mín.=1, Máx.=41). Valores a partir de 20 para APACHE II nesta pesquisa foi associado ao óbito, assim como valores abaixo de 20 foi relacionado à alta ($p=0,001$) (Tabela 5).

A Figura 2 ilustra as causas de óbito dos indivíduos em 2016. Assim como a sepse e/ou choque séptico foi o principal diagnóstico de internação, também foi a principal causa dos óbitos da unidade, representando 56% do total. Em segundo lugar, vem a insuficiência respiratória aguda (15%), seguida de falência múltipla de órgãos (10%) e a necropsia foi solicitada em 8% dos óbitos seja devido trauma e/ou violência ou para elucidação da causa do óbito.

Figura 2- Causas de óbito na UTI (n=182) em um hospital regional em uma região administrativa do Distrito Federal. Distrito Federal, 2016.



Discussão

A prevalência do sexo masculino encontrada nessa pesquisa é um dado recorrente em outros estudos, variando essa porcentagem de 43,4% a 67,2%.^{6,15-19} Esse resultado pode ser justificado pelo fato dos homens não serem a maioria nos serviços de promoção de saúde e prevenção de doenças, sendo que quando acometidos por alguma doença ela já está em fase mais avançada e/ou crítica, necessitando de algum tipo de internação. Por outro lado, algumas pesquisas em unidades de terapia intensiva já trazem o sexo feminino como mais prevalente.^{3,14}

A média de idade encontrada foi de 56,42 anos, o que está entre a faixa encontrada em outros estudos de 19 a 77,4 anos de média de idade.^{2,15,6,8,11,15,17} A faixa etária mais prevalente foi a de idosos, principalmente entre 60-69 anos, assim como descrito em outras pesquisas.^{2,3,20} Essa média de idade mais alta e prevalência dos idosos é explicado pela transição demográfica em que o Brasil e o mundo vem sofrendo nos últimos anos. Além disso, os idosos sofrem alterações fisiológicas pela idade que os tornam mais susceptíveis à doenças e complicações.^{7-8,14}

A procedência de 50,5% das admissões foi de setores do próprio hospital regional da pesquisa, sendo que desses pacientes 75% foram do Pronto Socorro e 25% do Centro Cirúrgico. Outra pesquisa identificou que a maioria foi procedente do centro cirúrgico, seguidos daqueles provenientes do pronto socorro.¹⁵

Na admissão dos pacientes da pesquisa, prevaleceram também pacientes sedados, sem lesão por pressão, em uso de ventilação mecânica invasiva e de drogas vasoativas. Uma pesquisa retrospectiva desenvolvida em um hospital regional do Distrito Federal evidenciou no momento da admissão uma prevalência de 12,2% de lesão por pressão nos pacientes, o que foi correlacionado ao grau de dependência para mobilidade desse indivíduo. Além disso, durante a internação na unidade, 50,8% dos pacientes utilizaram drogas vasoativas e 56,6% ventilação mecânica invasiva.¹ Também foi observado uma prevalência de utilização da ventilação mecânica em outra pesquisa, porém o uso de drogas vasoativas não foi maioria na sua amostra, sendo que ambas as variáveis foram correlacionadas à um maior risco de óbito.¹⁷

A taxa de readmissões na UTI deste estudo foi de 3,3% no ano de 2016, valor abaixo dos 7,5% de outra pesquisa.¹⁷ O tempo entre a alta e o retorno para a unidade foi em média 47 dias, sem associação com o aumento da mortalidade nesses pacientes, ao contrário de outra UTI em que a mortalidade das readmissões foi de 69,7%.¹⁹

A principal causa de internação foi sepse e/ou choque séptico, seguido de causas respiratórias e pós-operatório de cirurgia de emergência. Outras pesquisas em UTIs também trazem essas três situações como as mais prevalentes, principalmente as causas respiratórias incluindo Insuficiência Respiratória Aguda e Pneumonia.^{2,16,19-20} Em outra pesquisa 51% de sua amostra foi internada por causas clínicas e 14% por pós-operatório de cirurgia de emergência.¹⁷

A sepse atualmente é o principal diagnóstico e causa de óbito nas UTIs, permanecendo um grande desafio à todos envolvidos. Dados sobre essa doença no Brasil são bastante antigos, apesar da crescente prevalência. Um estudo epidemiológico desenvolvido com pacientes com sepse, multicêntrico, em 75 UTIs no Brasil e encontrou prevalência de 19,6%, 29,6% e 50,8% para sepse, sepse grave e choque séptico respectivamente.²¹ A mortalidade global foi de 46,6%, sendo de 16,7%, 34,4%, 65,3% para sepse, sepse grave e choque séptico, respectivamente, com taxas maiores nos pacientes em ventilação mecânica, vasopressores e associada ao número de comorbidades de cada indivíduo.²¹ O Instituto Latino Americano de Sepse em estudo realizado em 230 UTIs brasileiras, estima que 30% dos leitos de terapia intensiva estão ocupados por pacientes sépticos e 20 a 40% dos custos de uma UTI são destinados aos cuidados destes pacientes.²² em outras realidades a sepse tem sido encontrado em valores superiores a 50%.^{3,9-10,14}

O principal desfecho dos indivíduos do estudo foi a alta da unidade, com uma taxa de mortalidade de 33%. Outros estudos encontraram taxas de mortalidade na faixa entre 26,3% a 43,9%.^{15-18,20} Em outra pesquisa retrospectiva em um hospital regional do Distrito Federal, e evidenciou uma taxa de mortalidade de 38,6%, sendo que um índice prognóstico APACHE II, tempo de internação maior que duas semanas, necessidade de drogas vasoativas e uso de VM foram os principais fatores associados aos pacientes não sobreviventes. Além disso, houve ainda relação entre a causa de internação e a evolução do paciente. Nesta pesquisa, houve associação da mortalidade com o tempo de internação, tempo de ventilação mecânica e uso de hemodiálise.²

Lesão por pressão (LPP) na alta e/ou óbito foi encontrada em 45,6% dos indivíduos. A LPP foi encontrada em 18% de prevalência na UTI em outro estudo, sendo associado à dependência para mobilidade e ao tempo de internação.²

Dentre aqueles pacientes que tiveram alta, 23,1% foram a óbito no primeiro ano após a alta, com média de 56,75 dias. Foi encontrada em outra UTI uma taxa de 11% para óbitos após a alta em sua pesquisa avaliada.¹⁵

O tempo de internação médio na amostra foi de 17,46 dias, sendo a mortalidade associada a um tempo menor que 1 semana na unidade. A literatura aborda médias de internação variando entre 6 a 23,2 dias.^{2,18-19-20} Prevaleram ainda pacientes internados entre 1 a 3 semanas, assim como em outra UTI foi evidenciado que, em que 2/3 dos pacientes da amostra ficaram internados 7 dias ou mais.¹⁶ Outros estudos pesquisa evidenciaram valores superiores.^{3,9,14}

A associação da mortalidade com menor tempo de internação não foi o resultado encontrado em outra realidade, na qual a mortalidade foi associada a um tempo de internação maior que 2 semanas.² O resultado deste estudo pode ter como possível justificativa a internação de pacientes mais graves com maior chance de óbito e que evoluem a óbito dentro da unidade de terapia intensiva. A alta demanda por leitos de UTI atualmente influencia na classificação dos pacientes encaminhados à essas unidades, aonde os mais graves possuem uma prioridade para ocupar o leito de UTI, aumentando assim o risco de óbito na unidade e elevando as taxas de mortalidade. Por outro lado, um maior tempo de internação na UTI também aumenta os riscos de óbito, por tornar o indivíduo mais suscetível à piora do quadro clínico, devido à diminuição do sistema imunológico associado ao aumento do número de procedimentos invasivos que aumenta os riscos de infecção.

Com relação ao tempo de ventilação mecânica, a maioria utilizou esta terapia por menos de 1 semana, com tempo médio de 10,61 dias e um maior tempo de VM foi encontrado nos pacientes que foram à óbito. Achado similar foi evidenciado em outra realidade na UTI, que a maioria de sua amostra utilizou VM, com tempo médio de 15,4 dias, sendo a mortalidade maior neste grupo de indivíduos e que um tempo maior de VM esteve associado com a mortalidade e a um maior tempo de internação.²⁰ Outra pesquisa observou um tempo médio de 8,5 dias, com 21,7% da amostra utilizando VM por menos de 1 semana e 20,6% de 2 a 3 semanas, sendo a mortalidade também associada ao uso da ventilação, onde os que não necessitaram desta terapêutica tiveram 23 vezes mais chances de melhora.² Este risco e associação com a mortalidade pode ser justificado por ser mais um procedimento invasivo que aumenta os riscos de infecção, principalmente pulmonar, e aumenta a permanência na unidade de terapia intensiva. Também foi observado em outra localidade, que maioria da amostra submetida à ventilação mecânica com maior ocorrência de óbito nesse caso, com razão de chance de 2,85.¹⁷

A prevalência de pacientes com necessidade de terapia de substituição renal nesta pesquisa (28%) foi maior que em outros estudos.^{3,9,23} Porém neste estudo a mortalidade dentre estes pacientes dialíticos foi de 51%, valor aproximado ao encontrado em outras duas realidades.²³ A associação encontrada neste estudo entre alta e não utilização de hemodiálise não foi encontrada em outros estudos.⁷⁻⁸

Os resultados encontrados para o índice de APACHE corroboram aos dados de outros estudos em unidades de terapia intensiva, onde as médias de APACHE variam de 18 a 31,6.^{1,18} Além disso, médias mais altas de APACHE foram associadas ao óbito neste estudo, assim como em outras pesquisas valores ≥ 20 pontos na escala são mais encontrados nos pacientes com desfecho de óbito.^{2,16-18}

O APACHE é utilizado e validado em vários países. Ele avalia as variáveis fisiológicas a fim de prever o prognóstico do paciente crítico, sendo de fácil execução.¹⁶⁻¹⁷ Avaliar a qualidade da assistência prestada, quanto de tempo de cuidado esse paciente demandará e identificará o perfil do paciente e da unidade.²⁰ Ao realizar essa previsão de óbitos e contrastar com a taxa de mortalidade real da UTI podemos analisar o perfil clínico da assistência e comparar de acordo com valores anteriores a fim de identificar problemas relacionados ao cuidado de forma mais precoce.²⁴ Este estudo analisou o perfil clínico e epidemiológico da UTI em questão, para produzir dados que permitam

conhecer a realidade e qualidade da assistência oferecida da unidade aos pacientes internos.

No que diz respeito às causas dos óbitos, a sepse e/ou choque séptico, insuficiência respiratória e a falência múltipla de órgãos foram as condições clínicas que prevaleceram como causa. Outro estudo com sepse na UTI e encontrou mortalidade para SIRS, sepse, sepse grave e choque séptico de 6,1%, 10,1%, 22,6% e 64,8% respectivamente.¹⁸ Já em um setor de Urgência e Emergência 49,2% de óbito foi para pacientes com sepse grave e 74,4% para choque séptico, este último associado com maior ocorrência de óbito.²⁵

Vários resultados encontrados nesta pesquisa são corroborados pela literatura e reforça que as variáveis analisadas são de extrema importância para o serviço de terapia intensiva.^{3,7-9,12-16,18-21} Conhecê-las em cada unidade e perceber a influência de cada uma delas no desfecho do indivíduo na UTI possibilita planejar uma assistência mais adequada a cada um daqueles pacientes.

A carência de dados disponíveis em prontuário foi um obstáculo a ser superado durante a coleta de dados desta pesquisa, e este fato demonstra a falta de conhecimento e/ou de importância que os profissionais dão a estes dados, pois além de resguardar a prática profissional, são eles que irão basear não só pesquisas mas também estatísticas que melhorarão os serviços. Sendo assim, uma pesquisa de caráter prospectivo pode minimizar esta falta de dados e de informações necessárias. Uma análise mais aprofundada de cada variável e maiores associações entre elas também pode auxiliar cada vez mais o conhecimento e o planejamento das ações, serviços e assistência.

Conclusão

No perfil dos pacientes admitidos em 2016 nesta UTI estudada identificou-se o predomínio de indivíduos do sexo masculino, acima de 60 anos, procedentes do próprio hospital, com a sepse e/ou choque séptico como a principal causa de internação e de óbito na unidade. A taxa de mortalidade real foi de 33%, sendo associada à utilização de drogas vasoativas na admissão, a um menor tempo de internação e à índices de APACHE maiores que 20 pontos, enquanto a alta foi associada a um menor tempo de ventilação mecânica e à não necessidade de hemodiálise.

Agradecimento

Essa pesquisa não recebeu financiamento para sua realização.

Referências

1. Associação de Medicina Intensiva Brasileira/AMIB. Perfil das UTIs 2021. Disponível em: <http://www.utisbrasileiras.com.br/>
2. Guia CM, Biondi RS, Sotero S, Lima AA, Almeida KJQ, Amorin FF. Perfil epidemiológico e preditores de mortalidade de uma unidade de terapia intensiva geral de um hospital público do Distrito Federal. *Com. Ciências Saúde*. 2015;26(1/2):9-19. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/periodicos/ccs_artigos/2015_perfil_epidemiologico.pdf

3. Guilhermino MC, Inder KJ, Sundin D. Education on invasive mechanical ventilation involving intensive care nurses: a systematic review. *Nurs Crit Care*. 2018 Sep;23(5):245-255. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/nicc.12346>
4. Soares AN, Salvador Junior G, Câmara JDS, Paganini ETS, Faria G. Atuação da enfermagem frente ao paciente com sepse nas unidades de terapia intensiva: revisão de literatura. *Revista Artigos. Com*. 2021(29); e7787. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/artigos/article/view/7787>
5. Vieira KM, Gomes GG, da Costa KCC, Costa GEO, Souza HHDF, Creoncio SCE, et al. Produção científica brasileira sobre Sepse: o estado da arte na perspectiva da enfermagem. *Brazilian Journal of Health Review*, 2021;4(2):9488-9506. doi: <https://doi.org/10.34119/bjhrv4n2-442>
6. Ferrão AARCN, Pereira JM, Martelletti LBS de J, Martinello LR, dos Santos LCG, dos Santos CTB, Cruz KCT da. Perfil de mortalidade dos pacientes internados em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) adulto em um hospital universitário do Distrito Federal. *REAS* 2020;12(8):e3509. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/3509>
7. Dai Z, Liu S, Wu J, Li M, Liu J, Li K. Analysis of adult disease characteristics and mortality on MIMIC-III. *PLoS ONE*. 2020;15(4):e0232176. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0232176>
8. Lalani HS, Waweru-Siika W, Mwogi T, Kituyi P, Egger JR, Park LP, Kussin, P. S. Intensive care outcomes and mortality prediction at a national referral hospital in Western Kenya. *Annals of the American Thoracic Society*, 2018;15(11):1336-1343. doi: <http://dx.doi.org/10.05.233/AnnalsATS.201801-051OC>
9. Anthon CT, Granholm A, Perner A, Laake JH, Møller MH. No firm evidence that lack of blinding affects estimates of mortality in randomized clinical trials of intensive care interventions: a systematic review and meta-analysis. *J Clin Epidemiol*. 2018 Aug;100:71-81. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jclinepi.2018.04.016>
10. Fernandes TM, Ribeiro RM, Comin MF, Dagostin VS, Ceretta LB, Tessmann M. Análise do perfil de pacientes que sobrevivem à sepse. *Revista de Administração em Saúde*. 2021;(21)82; e271. doi: <http://dx.doi.org/10.23973/ras.82.279>
11. Silva JM, Katayama HT, Lopes FMV, Toledo DO, Amendola CP, Oliveira FS. Indicação de cuidados pós-operatórios imediatos em unidade de terapia intensiva sob a perspectiva de anestesistas, cirurgiões e intensivistas: questionário transversal. *Brazilian Journal of Anesthesiology*, 2021;71(5):5-10. doi: <https://doi.org/10.1016/j.bjane.2021.03.025/pdf/rba-71-3-265-trans1.pdf>
12. Busanello J, Quevedo EG, Escobal APL, Pinto DM, Silveira NP, Mocellin LP. Perfil clínico, sociodemográfico e preditores de óbito em unidade de terapia intensiva. *Rev. Enferm. UFSM*. 2021;(11):1-19. doi: <https://doi.org/10.5902/2179769263048>
13. Rosso D, Westphal GA, Fabre L, Floriano ML, Mendes ML, Longo M, Tessari P. Avaliação do impacto do tempo de espera para admissão em Unidade de Terapia Intensiva no desfecho clínico do paciente crítico. *Medicina* 2021;54(1):e169399-e169399. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/169399>
14. Jentzer JC, van Diepen S, Murphree DH, Ismail AS, Keegan MT, Morrow DA, Barsness GW, Anavekar NS. Admission diagnosis and mortality risk prediction in a contemporary cardiac intensive care unit population. *Am Heart J*. 2020;(224):57-64. doi: [0.1016/j.ahj.2020.02.018](https://doi.org/10.1016/j.ahj.2020.02.018)
15. Cardoso LGS, Chiavone PA. APACHE II medido na saída dos pacientes da Unidade de Terapia Intensiva na previsão da mortalidade. *Rev Latino-Am. Enfermagem*. 2013;21(3):9telas. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692013000300022>

16. Hissa PNG, Hissa MRN, Araujo PSR. Análise comparativa entre dois escores na previsão de mortalidade em unidade de terapia intensiva. Rev Bras Clin Med. 2013;11(1):21-26. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2013/v11n1/a3383.pdf>
17. Rocha ST, Pizzol FD, Ritter C, Fraga CM, Tamiozo DC, Ricci VHP. Desempenho do escore SAPS II em uma unidade de terapia intensiva. Arq Catarin Med. 2012;41(4):26-31. Disponível em: <http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/1139.pdf>
18. Zanon F, Caovilla JJ, Michel RS, Cabeda EV, Ceretta DF, Luckemeyer GD, et al. Sepsis na unidade de terapia intensiva: etiologias, fatores prognósticos e mortalidade. Rev Bras Terapia Intensiva. 2008;20(2):128-134. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbti/a/3PtZ3BsVPWIGprJndZFbkSt/?lang=pt&format=pdf>
19. Araujo TG, Rieder MM, Kutchak FM, Franco Filho JW. Readmissões e óbitos após a alta da UTI – um desafio da terapia intensiva. Rev Bras Terapia Intensiva. 2013;25(1):32-38. doi: <https://doi.org/10.1590/S0103-507X2013000100007>
20. França C, Albuquerque P, Santos AC. Perfil epidemiológico da unidade de terapia intensiva de um Hospital Universitário. interscientia 2016;1(2):72-82. Disponível em: <https://periodicos.unipe.br/index.php/interscientia/article/view/37>
21. Sales Júnior JAL, David CM, Hatum R, Souza PCSP, Japiassú A, Pinheiro CTS, et al. Sepsis Brasil: estudo epidemiológico da sepsis em unidades de terapia intensiva brasileiras. Rev Bras Terap Intensiva. 2006;18(1):9-17. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbti/a/8j5m4qsnBh98dXXZN4QyR7k/?lang=pt>
22. Instituto Latino-Americano para Estudos da Sepsis. Sepsis: um problema de saúde pública. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2015. Disponível em: [https://ilas.org.br/assets/arquivos/upload/Livro-ILAS\(Sepsis-CFM-ILAS\).pdf](https://ilas.org.br/assets/arquivos/upload/Livro-ILAS(Sepsis-CFM-ILAS).pdf)
23. Peres LAB, Duarte PAD, Venazzi A, Brito AA, Nascimento GH, Matsuo T. Preditores de lesão renal aguda e de mortalidade em unidade de terapia intensiva. Rev Bras Clin Med. 2012;10(2):106-111. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2012/v10n2/a2788.pdf>
24. Paris MC, Silva MM, Sangaletti CT, Pelazza BB, Santana LF, Lentsck MH. Epidemiologia, complicações e fatores associados à doença crítica crônica em pacientes hospitalizados por trauma em unidade de terapia intensiva. Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR, Umuarama, 2021;25(2):125-133. Doi: <https://doi.org/10.25110/argsaude.v25i2.2021.8138>
25. Barreto MFC, Dellaroza MSG, Kerbaury G, Grion CMC. Sepsis em um hospital universitário: estudo prospectivo para análise de custo da hospitalização de pacientes. Rev Esc Enfermagem USP. 2016;50(2):302-308. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reusp/a/3xxKPHzf6nycLwrsNR3fkck/?format=pdf&lang=pt>

Autor de Correspondência

Luciano Ramos de Lima
Universidade de Brasília- Faculdade de Ceilândia
Centro Metropolitano, lote 01, Sala A1-28/15. CEP:
72220140. Ceilândia Sul. Brasília, Distrito Federal, Brasil.
ramosll@unb.br