

Variola e Variola dos macacos (Monkeypox): Brevíssimos apontamentos históricos

Smallpox and Monkeypox (Monkeypox): Very brief historical notes

Viruela y Viruela del Mono (Monkeypox): Notas históricas muy breves

Lincoln Agudo Oliveira Benito¹, Rosana da Cruz Benito², Margô Gomes de Oliveira Karnikowski³, Izabel Cristina Rodrigues da Silva⁴, José Maria Viana dos Santos⁵, Wanderlan Cabral Neves⁶

Como citar: Benito LAO, Benito RC, Karnikowski MGO, Silva ICR, Santos JMV, Neves WC. Variola e Variola dos macacos (Monkeypox): Brevíssimos apontamentos históricos. REVISA. 2022;11(3): 276-82. Doi: <https://doi.org/10.36239/revisa.v11.n3.p276a282>

REVISA

1. Universidade de Brasília, Programa de Pós-Graduação em Ciências e Tecnologias em Saúde. Brasília, Distrito Federal, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0001-8624-0176>

2. Centro Universitário do Distrito Federal. Brasília, Distrito Federal, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0002-2881-1193>

3. Universidade de Brasília, Programa de Pós-Graduação em Ciências e Tecnologias em Saúde. Brasília, Distrito Federal, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0002-5662-2058>

4. Universidade de Brasília, Programa de Pós-Graduação em Ciências e Tecnologias em Saúde. Brasília, Distrito Federal, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0002-6836-3583>

5. Universidade de Brasília. Brasília, Distrito Federal, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0002-3318-6679>

6. Universidade Católica de Brasília. Brasília, Distrito Federal, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0002-8124-0262>

Recebido: 12/04/2022
Aprovado: 29/06/2022

A palavra variola ou variola, etimologicamente possui origem do latim vulgar “*varius*”, sendo formada por meio do radical “*vari*”, que se encontra presente em inúmeros verbetes, como por exemplo, “*vários*”, “*variedade*” e “*varicela*”, sendo esta última o diminutivo de variola e, possuindo enquanto significação, “*marcado*”, ou por extensão, com “*manchas*”.^{1,2,3} Segundo alguns antigos relatos, se considera que ela teria surgido inicialmente na Índia ou no Egito, sendo também descrita posteriormente junto ao continente asiático e ainda, no africano desde antes do *Anno Domini* (A.D.), ou seja, do que é considerada a era cristã.^{1,9}

Para alguns pesquisadores, a variola recebeu essa designação, por conta das inúmeras manchas que se espalham sobre a pele do paciente, no caso dos seres humanos, e ainda, em cristas das aves e nos úberes, ou seja, “*tetas*” de vacas (*Bos taurus*).^{3,5} O alquimista, médico e polímata “*Abū Bakr Muhammad Zakariyyā Rāzī*”, mais conhecido enquanto Rhazes ou Rasis (865-925 d.C.), elaborou as descrições clínicas entre a variola e também, sobre sarampo, facilitando desta forma, que fossem distinguidos os sinais e sintomas dentre essas enfermidades, facilitando o seu diagnóstico, tratamento e escolha de terapias.²

Nesse contexto, a variola é conhecida historicamente, enquanto uma enfermidade, já reconhecida, por exemplo, junto a dinastia Ming (1368–1644 d.C.) e também, identificada no Império do Grande Ming, tendo enquanto fundador desta família real, *Chu Yuan-Chang*, vítima desta enfermidade e, que teve a sua pele fortemente lesionada por essa doença.³ Atentos a historicidade da variola, sua identificação é facilmente verificada em várias nações e em suas derivações, onde, no contexto da saúde pública, foi possível verificar em alguns estudos que as primeiras vacinas e/ou imunobiológicos, foram implementadas para o seu combate e controle e, testados em sete (07) pessoas, classificadas enquanto “*criminosas*” e de origem inglesa, sendo esse fato datado no século XVIII.^{4,6}

Para alguns pesquisadores, um outro episódio que também ficou conhecido como o “primeiro relato de desenvolvimento de pesquisas sobre a varíola”, poderiam ser classificadas enquanto abusivas, desumanas e ilegais, ocorreram no ano de 1721, quando foi implementada uma experiência, com a testagem implementada em pessoas, que se encontravam reclusas no sistema prisional.^{4,6} Nesse contexto, foi utilizado o que era nomeado enquanto “método grego”, objetivando evitar a aquisição da varíola, consistindo em se realizar desenhos do tipo “cruciformes”, junto as suas bochechas das pessoas e também, em seus queixos, utilizando para essa atividade, uma agulha que estivesse sido embebida junto a secreção das lesões de uma outra pessoa que estivesse infectada por essa complexa e violenta enfermidade.^{4,6}

A complexidade e a magnitude desta enfermidade é tamanha que, a varíola foi utilizada no passado, inclusive enquanto arma do tipo biológica, ou seja, na manipulação de vários patógenos, na qualidade de bactérias, fungos, protozoários ou ainda de vírus, objetivando o extermínio de seres vivos.^{6,7} A manipulação de microorganismos infecciosos na forma de artefatos do tipo biológicos, é apontada em relação aos exércitos de *Hernán Cortez*, durante os teatros de guerra ocorridos no México, sendo esta, a principal causa da derrota da civilização pré-colombiana Asteca, que não possuíam nenhum tipo de imunidade contra esse poderoso e mortal agente patológico.^{6,7}

Conforme identificado em outros estudos e pesquisas, a varíola também foi utilizada enquanto “arma biológica”, por inúmeras tropas militares em eventos de beligerância, nos processos de invasão, colonização e exploração de sociedades indígenas, principalmente em várias regiões pertencentes ao continente americano.^{7,8} Após a conjugação de esforços globais, bem como, uma série de estratégias, políticas, articulações e medidas sanitárias implementadas em conjunto por várias nações, orientadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em articulação com os Ministérios da Saúde (MS) internacionais, a varíola teve redução de sua mortalidade, transmissibilidade e, conseqüentemente, foi erradicada na última década de setenta (70), se constituindo esse fenômeno enquanto uma verdadeira vitória para a saúde pública.¹⁰

Nos esforços implementados para erradicação da varíola na década de 70, foi possível realizar o isolamento do vírus junto a um paciente que teve a suspeita de infecção, e que era proveniente da República Democrática do Congo (RDC).^{11,12,13} Enquanto forma de combate e controle desta questão de saúde pública, várias medidas foram realizadas e por meio de um esforço global e conjunto, no dia 8 de maio de 1980, na 33ª Assembleia Mundial da Saúde (33ª AMS), foi declarado oficialmente pela Organização Mundial da Saúde (OMS) que, o mundo e todos os seus povos estavam livres da “varíola”.¹⁴

Nos primeiros meses do ano de 2022, foi identificado em várias nações, o que é conhecida enquanto “varíola do macaco”, ou também “varíola dos macacos” ou ainda, “*monkeypox*”, sendo ela uma doença do tipo viral, que normalmente infecta primatas e roedores.^{2,11,15} Esta zoonose viral é causada pelo vírus do tipo “*Monkeypox*”, sendo pertencente ao gênero “*Orthopoxvirus*” e integrante da família “*Poxviridae*”, possuindo enquanto período de incubação, geralmente o quantitativo de seis (06) a treze (13) dias e, manifestações dermatológicas na forma de pústulas, ou seja, bolhas junto a extensão pele do infectado.^{2,11,15}

Dentre os sinais identificados junto a pessoa que contraiu a varíola dos macacos, podem ser citados a hipertermia ou febre acima de 38,5° C, a cefaleia,

a mialgia, a lombalgia, a fraqueza profunda além da presença de linfonodos inchados.^{11,12,15} Além da realização do exame físico junto ao paciente, objetivando identificar as manifestações dermatológicas dentre os sinais e sintomas citados, é também importante a realização do diagnóstico laboratorial, enquanto componente para sua identificação e vigilância desta enfermidade, por meio da solicitação de exames específicos.^{10,11,12,15}

Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), quando analisada a questão da varíola dos macacos em cinquenta e cinco (55) nações localizadas nas Américas, a maior preponderância identificada foi nos Estados Unidos (EUA) com 68,7% (n=4.897) casos confirmados, até o dia 29 de julho de 2022, conforme exposto junto a tabela 01.¹⁶ Na segunda, terceira e quarta colocação, foi identificado respectivamente o Brasil, o Canadá e o Peru, que contabilizaram 13,7% (n=978), 11,3% (n=803) e 3,8% (n=269).¹⁶

Tabela 1 – Apresentação da frequência de casos confirmados, suspeitos e prováveis por percentual, da varíola dos macacos por país/território nas Américas:*, **, ***, ****, *****

País	Confirmado	%	Provável	%	Suspeito	%
Estados Unidos da América	4.897	68,7	-	-	-	-
Brasil	978	13,7	-	-	544	97
Canadá	803	11,3	104	98,1	-	-
Peru	269	3,8	-	-	2	0,4
México	59	0,8	-	-	-	-
Chile	55	0,8	1	0,9	-	-
Argentina	20	0,3	-	-	-	-
Porto Rico	13	0,2	-	-	12	2,1
Colômbia	12	0,2	-	-	-	-
Costa Rica	3	0,0	-	-	2	0,4
Equador	3	0,0	-	-	-	-
República Dominicana	3	0,0	1	0,9	-	-
Jamaica	2	-	-	-	-	-
Bahamas	1	-	-	-	1	0,2
Barbados	1	-	-	-	-	-
Bermuda	1	-	-	-	-	-
Martinica	1	-	-	-	-	-
Panamá	1	-	-	-	-	-
Venezuela	1	-	-	-	-	-
Anguila	-	-	-	-	-	-
Antígua e Barbuda	-	-	-	-	-	-
Aruba	-	-	-	-	-	-
Belize	-	-	-	-	-	-
Bolívia	-	-	-	-	-	-
Bonaire	-	-	-	-	-	-
Cuba	-	-	-	-	-	-
Curaçao	-	-	-	-	-	-
Dominica	-	-	-	-	-	-
El Salvador	-	-	-	-	-	-
Granada	-	-	-	-	-	-
Guadalupe	-	-	-	-	-	-
Guatemala	-	-	-	-	-	-

Guiana	-	-	-	-	-	-
Guiana Francesa	-	-	-	-	-	-
Haiti	-	-	-	-	-	-
Honduras	-	-	-	-	-	-
Ilhas Cayman	-	-	-	-	-	-
Ilhas Malvinas	-	-	-	-	-	-
Ilhas Turcas e Caicos	-	-	-	-	-	-
Ilhas Virgens Americanas	-	-	-	-	-	-
Ilhas Virgens Britânicas	-	-	-	-	-	-
Montserrat	-	-	-	-	-	-
Nicarágua	-	-	-	-	-	-
Paraguai	-	-	-	-	-	-
Santa Lúcia	-	-	-	-	-	-
Santo Eustáquio	-	-	-	-	-	-
São Bartolomeu	-	-	-	-	-	-
São Cristóvão e Névis	-	-	-	-	-	-
São Martin	-	-	-	-	-	-
São Martinho	-	-	-	-	-	-
São Pedro e Miquelon	-	-	-	-	-	-
São Vincente e Granadinas	-	-	-	-	-	-
Suriname	-	-	-	-	-	-
Trinidade e Tobago	-	-	-	-	-	-
Uruguai	-	-	-	-	-	-
Total	7.123	100	106	100	561	100

Fonte: Adaptado da OPAS, 2022.

* Os autores são fiéis as fontes consultadas; ** Os dados apresentados se encontram atualizados até a data de 29/07/2022, no horário das 12:00 hs.; *** Segundo a OPAS, as fontes oficiais incluem a informação enviada pelos Pontos Focais do Regulamento Sanitário Internacional (RSI) ou publicadas nas páginas web dos Ministérios da Saúde, Agências de Saúde ou similares a nível nacional ou subnacional antes das 16:00 GTM-5 e reproduzida pela OPAS/OMS às 18:00 GTM-5, de segunda a sexta.; **** Por conta de vários fatores, os dados apresentados podem sofrer algum tipo de alteração(ões).; ***** Segundo a OPAS, os dados do painel são atualizados uma vez por dia entre 17h30-18h00 GTM-5.

Quando analisada a questão do quantitativo de casos identificados de varíola dos macacos no Brasil, até o dia 29/07/2022 às 12:00hs, foi contabilizado o universo de 978 registros, sendo que a região Sudeste (SE) obteve a maior concentração de casos somando 92,7% (n=907) e a região Norte (N) a menor com 0,2% (n=02), conforme exposto na tabela 02.¹⁷ Já na segunda, terceira e quarta colocação, foi identificada a região Centro-Oeste (CO), a Sul (S), e a Nordeste (NE), que registraram respectivamente os valores de 3% (n=29), 2,7% (n=26) e 1,4% (n=14).¹⁷

Tabela 2 - Apresentação da frequência de casos registrados e percentual da varíola dos macacos, por regiões no Brasil, 2022 (n=978):*, **, ***

Regiões	f	%
Sudeste	907	92,7
Centro-Oeste	29	3
Sul	26	2,7
Nordeste	14	1,4
Norte	2	0,2
Total	978	100

Fonte: Adaptado do MS, 2022.

* Os autores são fiéis as fontes consultadas.; ** Os dados apresentados se encontram atualizados até a data de 29/07/2022, no horário das 12:00 hs.; *** Por conta de vários fatores, os dados apresentados podem sofrer algum tipo de alteração(ões).

Já quando analisada a questão do quantitativo de casos registrados de varíola dos macacos no Brasil, por unidades federativas (UF), até o dia 29/07/2022 às 12:00hs, foi possível verificar que o estado de São Paulo (SP) registrou a maior concentração, contabilizando 76,1% (n=744) e as menores, foram identificadas nos estados do Acre (AC), Mato Grosso (MT) e Tocantins (TO), cada um com 0,1% (n=1), conforme exposto junto a tabela 03.¹⁷ Enquanto forma de combate, controle e mitigação dos impactos diretos e indiretos gerados pela questão da varíola dos macacos no Brasil, o seu órgão máximo responsável pela questão da saúde, realizou no dia 29/07/2022 a primeira reunião do Centro de Operação de Emergências (COE), objetivando implementar um “Plano de Contingência”, em relação ao surto desta enfermidade.^{17,18}

Tabela 3 - Apresentação da frequência de casos registrados da varíola dos macacos, pelas unidades federativas (UF) e percentual, no Brasil, 2022 (n=978).*, **,***

UF	f	%
São Paulo	744	76,1
Rio de Janeiro	117	12
Minas Gerais	44	4,5
Paraná	19	1,9
Distrito Federal	15	1,5
Goiás	13	1,3
Bahia	5	0,5
Ceará	4	0,4
Santa Catarina	4	0,4
Pernambuco	3	0,3
Rio Grande do Sul	3	0,3
Espírito Santo	2	0,2
Rio Grande do Norte	2	0,2
Acre	1	0,1
Mato Grosso	1	0,1
Tocantins	1	0,1
Total	978	100

Fonte: Adaptado do MS, 2022.

* Os autores são fiéis as fontes consultadas.;** Os dados apresentados se encontram atualizados até a data de 29/07/2022, no horário das 12:00 hs.; *** Por conta de vários fatores, os dados apresentados podem sofrer algum tipo de alteração(ões).

Desta forma, as ações e estratégias desenvolvidas pela COE do MS, contam também com a participação ativa de vários órgãos de fundamental importância para a saúde no Brasil, objetivando facilitar o combate e mitigação dos impactos relacionados à varíola dos macacos, junto a todas unidades federativas (UFs) e municípios constituintes.¹⁸ Dentre os vários órgãos participantes do COE do MS, podem ser citados, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), a Agência Nacional de Vigilância em Saúde (ANVISA) e o Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ).¹⁸

Num recente estudo que analisou o atual surto de varíola dos macacos, publicado no *British Medicine Journal (BMJ)*, foram identificados novos sinais e sintomas associados as pessoas que contaíram a referida enfermidade.¹⁹ Desta forma, foi realizada uma análise observacional em um universo de 197 pacientes, sendo possível descrever principalmente, a presença de sinais como o edema pêniano e também, dor na região retal, sendo diagnosticado em pacientes que se encontravam em tratamento em Londres, na Inglaterra.¹⁹

Outra questão apontada por esta publicação, é a transmissão comunitária da varíola dos macacos em Londres e, possivelmente, em outras nações européias, necessitando desta forma, serem redobrados os esforços e estratégias para contenção desta enfermidade infecciosa.¹⁹ A maior preponderância dentre as pessoas analisadas na presente pesquisa, se declararam gays, bissexuais e homens que realizam sexo com homens, possuíam faixa etária entre de 21 a 67 anos e média de 38 anos, sendo que todos apresentavam lesões junto a pele, mais comumente identificadas nos genitais (56,3%) ou na região perianal (41,6%).¹⁹

Agradecimento

Essa pesquisa não recebeu financiamento para sua realização.

Referências

1. McNeill WH. *Plagues and People*. New York: Doubleday. 1976. 368p.
2. Rooney A. *A história da medicina: Das primeiras curas aos milagres da medicina moderna*. São Paulo: MBooks. 2013. 216p.
3. Farrell, Jeanette. *A assustadora história das pestes & epidemias*. São Paulo: Ediouro, 2003. 279p.
4. Tengan C, Venancio PC, Marcondes FK, Rosalen PL. Autonomia e vulnerabilidade do sujeito da pesquisa. *Revista de Direito Sanitário*.
5. Bezerra AJC. Admirável mundo médico: A arte na história da medicina. Brasília: CRM-DF. 2002. 109p.
6. Toledo Jr, AC de C. História da varíola. *Rev Med Minas Gerais*. 2005;15(1):58-65.
7. Schatzmayr HG. A varíola, uma antiga inimiga. *Cad. Saúde Pública*. 2001;17(6): 1525-1530. doi: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2001000600024>.
8. Garret L. *The Coming Plague*. New York: Farrar, Straus & Giroux. 1995. 768p.
9. World Health Organization. Programmes and projects. Media centre. Fact sheets. Smallpox. Available in: [<https://web.archive.org/web/20070921235036/http://www.who.int/mediacentre/factsheets/smallpox/en/>]. Access in: 19 jun 2022.
10. Di Giulio DB, Eckburg PB. Human monkeypox: an emerging zoonosis. *The Lancet infectious diseases*. 2004; 4(1):15-25. doi: [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(03\)00856-9](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(03)00856-9).
11. Ministério da Saúde. Biblioteca Virtual em Saúde. Varíola dos macacos. Disponível em: [<https://bvsmms.saude.gov.br/02-6-variola-dos-macacos/>]. Acesso em: 02 ago 2022.
12. McCollum AM, Damon IK. Human Monkeypox. *Clinical Infectious Diseases*. 2014;58(2):260-267. doi: <https://doi.org/10.1093/cid/cit703>.
13. Ladnyj ID, Ziegler P, Kima E. A human infection caused by monkeypox

virus in Basankusu Territory, Democratic Republic of the Congo. Bull World Health Organ 1972; 46:593-7.

14. Organização Pan-Americana da Saúde. Erradicação da varíola: um legado de esperança para COVID-19 e outras doenças. Disponível em: [<https://www.paho.org/pt/noticias/8-5-2020-erradicacao-da-variola-um-lega-do-esperanca-para-covid-19-e-outras-doencas>]. Acesso em: 19 jun 2022.

15. Organização Pan-Americana da Saúde. Início. Varíola dos macacos. Disponível em: [<https://www.paho.org/pt/variola-dos-macacos>]. Acesso em: 18 jun 2022.

16. Pan American Health Organization. Monkeypox cases. Region of the Americas. Available in: [<https://shiny.pahobra.org/monkeypox/>]. Access in: 29 jul 2022.

17. Brasil. Agência Brasil. Brasil registra 978 casos de varíola dos macacos. Ministério da Saúde executa articulação com estados para monitoramento. Disponível em: [<https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2022-07/brasil-registra-978-casos-de-variola-dos-macacos>]. Acesso em 02 ago 2022.

18. Brasil. Ministério da Saúde. Monitoramento. Ministério da Saúde ativa Centro de Operação de Emergências para monkeypox. Pasta articula tratativas para aquisição de vacina contra a doença. Disponível em: [<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022./julho/ministerio-da-saude-ativa-centro-de-operacao-de-emergencias-para-monkeypox>]. Acesso em: 02 ago 2022.

19. Patel A, Bilinska J, Tam JCH, Da Silva Fontoura D, Mason CY, Daunt A, Snell LB, Murphy J, Potter J, Tuudah C, Sundramoorthi R, Abeywickrema M, Pley C, Naidu V, Nebbia G, Aarons E, Botgros A, Douthwaite ST, van Nispen Tot Pannerden C, Winslow H, Brown A, Chilton D, Nori A. Clinical features and novel presentations of human monkeypox in a central London centre during the 2022 outbreak: descriptive case series. BMJ. 2022 Jul 28;378:e072410. doi: [10.1136/bmj-2022-072410](https://doi.org/10.1136/bmj-2022-072410). PMID: 35902115.

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

A humanização do cuidado de enfermagem frente à utilização de tecnologias em unidade de terapia intensiva

The humanization of nursing care facing the use of technologies in the intensive care unit

La humanización del cuidado de enfermería frente al uso de tecnologías en la unidad de cuidados intensivos

Jaqueline Cardoso Gameiro de Lacerda¹, Divala Alves de Sousa²

Como citar: Lacerda JCG, Sousa DA. A humanização do cuidado de enfermagem frente à utilização de tecnologias em unidade de terapia intensiva REVISA. 2022; 11(3): 283-94. Doi: <https://doi.org/10.36239/revisa.v11.n3.p283a294>

REVISA

1. Instituto Multidisciplinar Brasileiro de Educação em Saúde. São Caetano do Sul, São Paulo, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0003-0360-4005>

2. Instituto Multidisciplinar Brasileiro de Educação em Saúde. São Caetano do Sul, São Paulo, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0001-7774-7178>

Recebido: 15/04/2022
Aprovado: 25/06/2022

RESUMO

Objetivo: investigar se a desumanização está diretamente ligada às tecnologias, enquanto instrumentos para cuidar, ou às unidades de terapia intensiva, enquanto ambiente tecnológicos. **Método:** Revisão integrativa da literatura realizada no período de junho a agosto de 2021 nas bases de dados Lilacs, Bireme e Scielo. **Resultados:** Foi realizado uma busca pelos descritores em saúde determinados e após análise sistemática dos artigos foram selecionadas 09 produções científicas que atenderam os critérios de inclusão. **Conclusão:** Sugere-se que sejam estimuladas pesquisas que busquem de forma criativa valorizar a humanização frente ao uso das tecnologias no cuidado ao paciente hospitalizado, pois sabe-se que o ato de cuidar possui representatividade nas diferentes dimensões do ser humano, seja física, psicológica, emocional e espiritual.

Descritores: Unidade de Terapia Intensiva; Humanização; Tecnologias.

ABSTRACT

Objective: to investigate whether dehumanization is directly linked to technologies, as instruments for care, or to intensive care units, as technological environments. **Method:** Integrative literature review carried out from June to August 2021 Lilacs, Bireme and Scielo databases. **Results:** A search was carried out for the determined health descriptors and after systematic analysis of the articles, 09 scientific productions that met the inclusion criteria were selected. **Conclusion:** It is suggested that research be encouraged that creatively seeks to value humanization against the use of technology in the care of hospitalized patients, as it is known that the act of caring has representation in different dimensions of the human being, whether physical or psychological, emotional and spiritual.

Descriptors: Intensive care unit; Humanization; Technologies.

RESUMEN

Objetivo: investigar si la deshumanización está directamente vinculada a las tecnologías, como instrumentos de atención, o a las unidades de cuidados intensivos, como entornos tecnológicos. **Método:** revisión integrativa de la literatura realizada de junio a agosto de 2021 bases de datos Lilacs, Bireme y Scielo. **Resultados:** se realizó una búsqueda de los descriptores de salud determinados y luego del análisis sistemático de los artículos, se seleccionaron 09 producciones científicas que cumplieron con los criterios de inclusión. **Conclusión:** Se sugiere incentivar investigaciones que busquen creativamente valorar la humanización frente al uso de la tecnología en el cuidado del paciente hospitalizado, ya que se sabe que el acto de cuidar tiene representación en diferentes dimensiones del ser humano, ya sea físico o psicológico, emocional y espiritual.

Descritores: Unidad de Cuidados Intensivos; Humanización; Tecnologías.

Introdução

As unidades de terapia intensiva (UTI) surgiram da necessidade de observação rigorosa e ininterrupta de clientes criticamente enfermos. No início do século XIX já havia observado a necessidade de reservar uma área específica para dispensar cuidados especiais a pacientes agudamente enfermos.¹ Entretanto, somente no século XX tem-se notícia da criação da primeira unidade de terapia intensiva, criada no John Hopkins Hospital, nos Estados Unidos da América, na década de 1920. Foi nesta década que a figura da enfermeira foi inserida no contexto dessas unidades, quando a ela foi atribuída a responsabilidade pela constante observação/monitorização dos clientes de alto risco que lá eram internados.²

No Brasil, somente a partir de 1970 essas unidades começaram a ser difundidas em nosso meio. Certamente, este foi um momento de grandes desafios e significados para os enfermeiros brasileiros, pois eles precisavam acompanhar o desenvolvimento científico e tecnológico, sem deixar que fosse ofuscado, ou relegado a um segundo plano, o cuidado de enfermagem com presença constante junto ao cliente no leito.

Entretanto, ao mesmo tempo em que a tecnologia significava para esses profissionais a superação do medo e da insegurança ao cuidar do cliente crítico, muitos desses profissionais acreditavam que ela acabava afastando o profissional de enfermagem do leito do cliente. É possível que esta preocupação possa estar relacionada à emergência de um discurso por parte dos profissionais de saúde, absorvido pela enfermagem, de que a prática de cuidar na UTI é desumana.³

Essa desumanidade considera que a incorporação de tecnologias nessas unidades, tem possibilitado que muitos procedimentos antes realizados diretamente pelos profissionais de enfermagem foram substituídos por dispositivos e equipamentos eletrônicos. Este discurso parece tão real, que levou o Ministério da Saúde (MS) a publicar em 2001, uma portaria instituindo o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar, batizado de Humaniza - SUS.

A relação do profissional de enfermagem com as máquinas e a possibilidade de desumanização na assistência, também tem preocupando um número significativo de profissionais de enfermagem que atuam em UTI. Nos Congressos e Simpósios de Enfermagem em Terapia Intensiva, discute-se frequentemente o tema humanização.⁴

O resultado encontrado, muitas vezes, é de que a humanização dessas unidades é uma necessidade urgente, mesmo quando não se sabe realmente se elas são desumanas. Isto leva ao seguinte questionamento: O que há na terapia intensiva ou no cuidado de enfermagem que lá se presta, capaz de ameaçar a condição humana?

A resposta pode relacionar-se com as máquinas utilizadas nessas unidades, que aparentemente ofuscam a subjetividade e a intersubjetividade das ações de enfermagem diante da grande quantidade de atividades racionais, desde procedimentos como a simples lavagem das mãos, até a aspiração de clientes entubados. Esta situação exige da enfermagem um conjunto de conhecimentos racionais e de tecnologias adequadas, o que não elimina a possibilidade de se considerar outros aspectos como a espiritualidade, as emoções e reações corporais verbais e não verbais das pessoas que dependem

das máquinas e dos profissionais de enfermagem para sobreviverem¹.

Outra questão a ser explorada é se a enfermagem nessas unidades se dá conta disso. Neste sentido, acredita-se que uma melhor reflexão acerca do significado do cuidado na UTI e do uso da tecnologia por parte dos profissionais de enfermagem, poderá contribuir para um melhor entendimento das peculiaridades desse cuidado e da ampliação de seus conceitos.³

Nesta perspectiva, e na tentativa de aprofundar as reflexões acerca da relação entre homem, cuidado e tecnologia, optou-se por estudar os significados emergentes desta relação, capazes de fomentar o discurso de humanização na terapia intensiva, considerando as rápidas e constantes apropriações de novas tecnologias para cuidar nessas unidades.³

Portanto, a opção por estudar o significado do cuidado em UTI se justifica, tendo em vista que a unidade de terapia intensiva é um lugar fecundo para encontrar significados acerca da prática de cuidar usando a tecnologia. Assim, se torna possível encontrar as bases que possibilitarão a (des)construção do discurso de desumanização nessas unidades, ou seja, a crença de que o uso da tecnologia poderá corroborar para o entendimento de que os cuidados prestados pelos profissionais de enfermagem em UTI possam ser desumanos.⁴

A palavra tecnologia remete ao pensamento de trabalho/produção/máquina, corroborando para uma escravização do mundo das máquinas, mediante uma lógica separatista entre cuidado e trabalho. Também remonta às unidades especializadas como as de terapia intensiva, nas quais o ser humano é interligado a todo um aparato tecnológico, ou seja, a uma variedade de aparelhos sofisticados e complexos.⁵

O avanço tecnológico na saúde é uma conquista sendo sua relevância inquestionável, porém refletida quanto à forma como é utilizada. O ato de promover conforto é intrínseco à prática de enfermagem e imprescindível ao cuidado humano, todavia minimizado perante às tecnologias em ambientes complexos.²

O processo tecnológico está implantado em nosso cotidiano em todos os aspectos, tanto no âmbito pessoal quanto profissional, rotineiramente são inseridos em nosso cotidiano tendências com o intuito de contribuir principalmente para a otimização do tempo, gerando mudanças significativas.⁶

As tecnologias aumentaram exponencialmente desde meados do século XX, de modo a tornar inconcebível hoje a prestação de serviços de qualidade sem o recurso às tecnologias, muitas delas de caráter inovador. As tecnologias médico-científicas têm dado enormes contribuições à saúde das pessoas. Basta mencionar os avanços decorrentes da invenção ou da descoberta de antissépticos, anestésicos, antibióticos, vacinas, etc.⁷

Desde os tempos mais remotos que o ser humano busca constantemente pelos avanços tecnológicos para sua sobrevivência, como com a descoberta do fogo ou dos instrumentos tecnológicos. Neste sentido, a industrialização determinou avanços que promoveram a ascensão e desenvolvimento de todos os campos do conhecimento, inclusive o da saúde, com o uso da informática e de equipamentos sofisticados que possibilitaram a luta contra as doenças e a busca por melhores condições de vida e saúde.⁸

Nos dias hodiernos, essa inovação tecnológica crescente fica à disposição dos profissionais e usuários. No entanto, apesar do constante e determinante uso das tecnologias, o seu conceito vem sendo utilizado de forma equívoca, pois tem

sido atribuído na prática diária apenas como uma máquina ou produto. Assim, é importante destacar que as tecnologias não devem ser vistas sob um olhar reducionista associado somente a equipamentos.⁸

No campo da saúde, a tecnologia não se opõe ao toque humano, mas se configura como agente e objeto deste toque. As ambiguidades das tecnologias ora produto ora significado e ora produto ora processo não a caracterizam como desumana, mas confirma seu lado objetivo e seu lado social. Destarte, sua finalidade mor é tornar cada vez mais eficiente a atividade humana através da produção ou aperfeiçoamento das tecnologias, que direta e/ou indiretamente, estão a serviço do cuidado.⁹

Nesse contexto, o surgimento e a estruturação das Unidades de Terapia Intensiva (UTI) nos hospitais ocorreu, principalmente, para acolher os pacientes em estado crítico com prognóstico positivo, mas também, considerando a essa percepção da necessidade de acompanhar os processos tecnológicos contemporâneos que evoluem em favor da assistência em saúde, de modo a ofertar um atendimento diferenciado, vigilância constante da equipe multiprofissional que perdure às 24 horas do dia.¹⁰

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é uma área crítica com pacientes graves, que requerem o máximo de atenção e assistência profissional especializada em tempo integral e contínua, materiais específicos e recursos necessários ao diagnóstico (monitorização e terapias exclusivas do setor), havendo sempre a necessidade de investimento em educação continuada para todos os profissionais que ali trabalham, visando assim, a segurança e a proteção ao paciente.¹¹

Tendo em vista a necessidade de cuidados mais complexos exigidos no setor, a presença do enfermeiro se torna indispensável, considerando sua responsabilidade no exercício da enfermagem, que dentre tantas atribuições se propõe a viabilizar os subsídios necessários nas áreas de gestão, vigilância e assistência qualificada aos pacientes, evidenciando a essência de uma rotina organizada e dinâmica para a realização de um trabalho isento de danos e/ou de riscos.¹¹

Com as mudanças trazidas pelo avanço tecnológico os profissionais de enfermagem foram condicionados a passarem por um processo de adaptação de modo a gerar uma harmonia entre a teoria, os procedimentos técnicos e a tecnologia, tendo em vista que com os avanços tecnológicos surgem um leque de benefícios ao paciente que perpassa pela redução do tempo de seu tratamento/internação ou em alguns casos assumem a manutenção da vida.¹²

Ressalta-se, que o processo evolutivo que os cuidados de enfermagem sofreram sob a influência direta da implementação e desenvolvimento tecnológico na UTI, possibilitou o aprimoramento do cuidado com os enfermos potencializando a fidedignidade de dados obtidos em seu acompanhamento e otimizando o tratamento, por consequência, diminuindo seu tempo de internação.¹²

Vê-se, portanto, que o cuidado ao doente crítico demanda a utilização de um arsenal tecnológico específico e, para a sua utilização, o enfermeiro deve ter conhecimentos e habilidades no que se refere à operacionalização da máquina e à adequação das necessidades de quem precisa dela.¹³

As UTIs são consideradas locais especiais que demandam um alto grau de especialização do trabalho da equipe de enfermagem e exigem do trabalhador um treinamento adequado, uma afinidade para atuar em unidades fechadas e uma resistência diferenciada dos demais que atuam em outras áreas hospitalares.¹³

No contexto atual, o cuidado em UTI hoje, mais do que no passado, tem sido distinguido pela incorporação/utilização de novas tecnologias, abrindo novos horizontes e novas perspectivas para a melhoria da qualidade do trabalho/assistência e de vida dos sujeitos que cuidam e daqueles que são cuidados.¹⁴

Compreende-se que a humanização dos serviços de saúde implica em transformação do próprio modo como se concebe o usuário do serviço - de objeto passivo ao sujeito, de necessitado de atos de caridade àquele que exerce o direito de ser usuário de um serviço que garanta ações técnica, política e eticamente seguras, prestadas por trabalhadores responsáveis. Enfim, essa transformação refere-se a um posicionamento político que enfoca a saúde em uma dimensão ampliada, relacionada às condições de vida inseridas em um contexto sociopolítico e econômico.¹⁴

No processo de humanização do atendimento em saúde/enfermagem, intui-se que, diferentemente da perspectiva caritativa que aponta o trabalhador como possuidor de determinadas características previamente definidas e até idealizadas, é fundamental a sua participação como sujeito que, sendo também humano, pode ser capaz de atitudes humanas e "desumanas" construídas nas relações com o outro no cotidiano.¹⁵

No entanto, é preciso ter em mente que a tecnologia, por mais importante e indispensável que seja não supera a essência humana que possibilita criticar e construir uma realidade mais humana e menos hostil dentro das UTIs.¹⁵

Na prática assistencial o enfermeiro deve ter consciência de que a tecnologia deve-se tornar aliada e não vilã, tornando o cuidado prestado ao paciente o mais humanizado possível de forma holística, ou seja, tratando-o como um todo, mas de forma singular. Como é ele que está à frente da equipe de enfermagem, deve ter um senso crítico em relação ao instrumental tecnológico, fazendo de forma responsável e racional. Supervisionando constantemente o trabalho de sua equipe, proporcionando educação e conhecimento para que melhor seja prestado a assistência.¹⁵

Um dos desafios deste século encontrado pela área da saúde, tem sido a tentativa de aliar os recursos tecnológicos da UTI aos valores humanitários, pois, nesse espaço, os profissionais permanecem em constante interação com a tecnicidade do cuidado, essencial para a manutenção da vida e a proximidade da morte.¹⁶

O trabalho de Enfermagem em UTI abrange diversas necessidades para qualificar a assistência prestada ao paciente e familiar com foco na humanização, sendo necessário ao profissional unir o saber técnico-científico para prover uma assistência humanizada segura e de melhor qualidade.¹⁷

As ações entre os profissionais, a situação crítica dos pacientes e o uso de diversas tecnologias requerem conhecimentos específicos para desenvolver a assistência fundamentada no princípio da integralidade um dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), o qual considera as pessoas de forma holística, em suas necessidades biopsicossociais.¹⁷

Em meio às inovações tecnológicas, é um desafio para o enfermeiro e a equipe de enfermagem associar cuidado humanizado e tecnologia. A unidade de terapia intensiva (UTI) caracteriza-se pela tecnologia de ponta, possuindo um arsenal de equipamentos do qual oferece suporte e monitorização constante aos pacientes em estado crítico¹⁵. O cuidado de Enfermagem intensivista, no contexto da humanização, busca atender às necessidades do usuário e de seus familiares, efetivando-se na perspectiva da clínica ampliada e da co-responsabilização do cuidado. Ressalta-se que é um desafio aos profissionais da saúde, em especial na UTI, pelas características dessa unidade.¹⁷

Nesse sentido, o objetivo desse estudo foi investigar se a desumanização está diretamente ligada às tecnologias, enquanto instrumentos para cuidar, ou às unidades de terapia intensiva, enquanto ambiente tecnológicos.

Método

A revisão da literatura é o processo de busca, análise e descrição de um corpo do conhecimento em busca de resposta a uma pergunta específica. “Literatura” cobre todo o material relevante que é escrito sobre um tema: livros, artigos de periódicos, artigos de jornais, registros históricos, relatórios governamentais, teses e dissertações e outros tipos. A sistemática escolhida no presente trabalho foi a pesquisa bibliográfica, que se trata da busca de uma problematização de um tema de pesquisa a partir de referências publicadas, analisando e discutindo as contribuições culturais e científicas. Ela constitui uma excelente técnica para fornecer ao pesquisador a bagagem teórica, de conhecimento, e o treinamento científico que habilitam a produção de trabalhos originais e pertinentes.¹⁸

A revisão da literatura é uma parte vital do processo de investigação. Esta envolve localizar, analisar, sintetizar e interpretar a investigação prévia (revistas científicas, livros, anais de congressos, resumos, etc.) relacionada com a sua área de estudo; é, então, uma análise bibliográfica pormenorizada, referente aos trabalhos já publicados sobre o tema.¹⁸ A revisão da literatura é indispensável não somente para definir bem o problema, mas também para obter uma ideia precisa sobre o estado atual dos conhecimentos sobre um dado tema, as suas lacunas e a contribuição da investigação para o desenvolvimento do conhecimento.¹⁸

A coleta de dados ocorreu em outubro de 2021 nas seguintes bases de dados: Lilacs- Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde, Bireme- Biblioteca Regional de Medicina, Scielo- Scientific Electronic Library Online. Para a busca, foram utilizadas as seguintes palavras-chave: Enfermagem, tecnologia, humanização. Incluíram-se artigos disponíveis na íntegra, online e publicados entre 2016 e 2020. Excluíram-se aqueles sem relação direta com o tema.

Após a leitura dos manuscritos e sua seleção, foram extraídas as seguintes informações para a análise: título, objetivo, resultados e conclusão. Esses foram analisados por meio de análise temática.

Resultados e Discussão

Com um total de 120 artigos identificados nas bases de dados, foram analisados segundo os critérios de inclusão e exclusão, 30 documentos previamente para revisão, dos quais 9 foram selecionados para o estudo e que atenderam ao objeto da pesquisa (Quadro 1).

Quadro 1. Artigos selecionados para o estudo segundo autor/ano, título e objetivo. 2021.

Ano	Título	Objetivo
(2016) ²	Tecnologias leves aplicadas ao cuidado de enfermagem na unidade de terapia intensiva: uma revisão de literatura	Refletir sobre o uso das tecnologias leves nas ações de enfermagem no centro de terapia intensiva, analisando a importância da sua empregabilidade para a melhoria da saúde do paciente.
(2017) ³	Tecnologia e humanização: desafios gerenciados pelo enfermeiro em prol da integralidade da assistência.	Abordar as temáticas tecnologia e humanização nas organizações hospitalares, enfatizando aspectos conceituais e estratégicos dessas duas áreas no universo da Enfermagem,
(2019) ¹³	Práticas de cuidado dos enfermeiros intensivistas face às tecnologias: análise à luz das representações sociais.	Analisar as representações sociais das práticas de cuidado dos enfermeiros em face das tecnologias aplicadas ao cliente hospitalizado na terapia intensiva.
(2018) ¹⁵	O papel do enfermeiro na unidade de terapia intensiva diante de novas tecnologias em saúde.	Refletir e compreender se é possível diante de novos avanços tecnológicos como os existentes nos dias atuais, harmonizar essa relação entre tecnologia e cuidado de maneira humanizada
(2016) ⁴	Processo de enfermagem informatizado em Unidade de Terapia Intensiva: ergonomia e usabilidade.	Analisar os critérios de ergonomia e usabilidade do Processo de Enfermagem Informatizado a partir da Classificação Internacional para as práticas de Enfermagem, em Unidade de Terapia Intensiva, de acordo com os padrões da International Organization for Standardization (ISO)
(2018) ¹⁹	Perspectivas filosóficas do uso da tecnologia no cuidado de enfermagem em terapia intensiva.	Refletir sobre o uso da tecnologia no cuidado de enfermagem ao doente crítico em terapia intensiva

(2020) ²⁰	O Uso das Tecnologias nas Unidades de Terapia Intensiva para Adultos pela Equipe de Enfermagem: Uma Revisão Integrativa	Identificar através de uma revisão da literatura o uso das tecnologias presentes nas Unidades de Terapia Intensiva pela equipe de enfermagem e o impacto no trabalho.
(2019) ²¹	Contribuições da Tecnologia para Assistência de Enfermagem da Unidade de Terapia Intensiva.	Investigar as contribuições da evolução tecnológica sobre a ótica dos enfermeiros dentro da Unidade de Terapia Intensiva (UTI), analisando as vantagens e desvantagens do uso da mesma na assistência ao paciente.
(2021) ²²	Produção científica brasileira sobre as tecnologias biomédicas e segurança do paciente na UTI: revisão integrativa	Identificar a produção científica brasileira sobre as tecnologias biomédicas e segurança do paciente na UTI.

A análise da caracterização dos estudos selecionados, evidenciou que as tecnologias buscam potencializar a efetividade das habilidades humanas nos mais variados âmbitos, inclusive na enfermagem, favorecendo assim, melhora no processo de cuidar. Diante disso, a forma de prestação de cuidado vem sendo modificado, alterações essas que têm fornecido.

O termo tecnologia é definido como um aglomerado de ações, nas quais estão inclusos métodos, procedimento, práticas e técnicas, instrumentos e equipamentos que são utilizados com conhecimento e saber técnico e científico, envolvendo habilidades e sensibilidade de reconhecer o quê, por quê, para quem e como utilizá-las.¹

O desenvolvimento tecnológico tem sido uma busca constante do ser humano, desde os tempos mais remotos, e que, sistematicamente, vem determinando não só a sua sobrevivência na Terra como também a sua capacidade de dominação e transformação. A descoberta do fogo, a invenção da roda até os instrumentos tecnológicos mais avançados, que facilitam a vida humana na atualidade, exemplificam esta evolução tecnológica pretendida e conquistada.³

O desenvolvimento e as transformações históricas experimentadas pelas sociedades contam entre as suas causas e efeitos os desenvolvimentos da tecnociência. O contexto do cuidado à enfermagem/saúde vem sendo sistematicamente influenciado por estas mudanças produzidas no âmbito da tecnologia o que tem gerado diversas inquietações e indagações acerca dos benefícios, riscos e das relações construídas entre trabalhadores, doentes e a utilização de tecnologias como instrumentos imprescindíveis ao cuidado de enfermagem/saúde.³

O crescimento e as mudanças históricas vividas pelas sociedades acarretam no desenvolvimento da tecnologia da ciência. O âmbito do cuidado direcionado à enfermagem vem tornando-se sistematicamente motivado por tais mudanças impulsionadas pela tecnologia, o que tem trazido muitas exaltações e reflexões em relação às vantagens, desvantagens e dos relacionamentos criados entre profissionais, pacientes e o uso de tecnologias como mecanismos fundamentais ao cuidado de enfermagem. Especialmente nas unidades de terapia intensiva, o cuidado ao paciente grave envolve o uso de um conjunto

tecnológico especial e que requer principalmente dos enfermeiros, entendimento e aptidões tanto no que se trata em operacionalização do maquinário quanto a sua conformidade às necessidades de quem dela necessita.²⁰

Na área de Terapia Intensiva (TI), pelo alto grau de complexidade, a prestação do cuidado de enfermagem necessita conciliar a interação da subjetividade da assistência ao ser humano com a objetividade do uso das tecnologias. Essas estão presentes de forma evidente nesse processo de cuidar, porém para o profissional integrá-las ao seu cuidado é necessária a aplicação de conhecimento por parte do mesmo para que os dois contribuam, em conjunto, para a reabilitação do paciente de forma efetiva.²

As tecnologias nas Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) ajudam bastante o profissional na realização do cuidado e com isso geram benefícios para o seu trabalho, porém o mesmo deve estar apto o suficiente para manuseá-las, caso o contrário ao invés de beneficiar seu cuidado elas terão o efeito inverso causando dificuldades para a prestação do cuidado.²

O enfermeiro que atua nesta unidade necessita ter conhecimento científico, prático e técnico, a fim de que possa tomar decisões rápidas e concretas, transmitindo segurança a toda equipe e principalmente diminuindo os riscos que ameaçam a vida do paciente.¹³

As tecnologias na TI beneficiam grandemente o enfermeiro em relação aos cuidados de enfermagem, pois elas substituem algumas ações mecânicas realizadas pelos profissionais, tornando o processo mais rápido e eficiente, o que é necessário em uma UTI, onde ficam pacientes de alto risco. Tornam o trabalho do enfermeiro mais leve e fácil, ajudando o mesmo a não ficar sobrecarregado de suas atividades na unidade. Frequentemente estão aparecendo novidades tecnológicas para auxiliar no cuidado, ou seja, cada vez mais o profissional é beneficiado na realização de seu trabalho.^{13,19}

As tecnologias exigem extremo conhecimento do profissional, pois, mesmo com seus grandes benefícios, caso este não esteja apto para o manuseio delas, pode gerar grande dano ao paciente piorando seu quadro clínico. O principal desafio do profissional em integrar as tecnologias ao seu cuidado é adquirir conhecimento para a realização de tal ato, pois a maioria das vezes o mesmo tem que aprender no dia a dia durante sua prática com outros profissionais, pois, geralmente, a unidade não tem um método preparatório para isso, dificultando, assim, seu trabalho.⁴

Na UTI, um ambiente munido de alta tecnologia, é fácil perceber o avanço técnico-científico e a busca por uma medicina cada vez mais segura, visto às situações que impõe risco de morte. Neste sentido, são necessários que os profissionais que atuam nesse espaço tenham conhecimento e experiência, sendo, portanto, desse pessoal, principalmente dos profissionais da enfermagem a responsabilidade pela qualidade da assistência prestada.⁴

Na prática da enfermagem, a tecnologia avança em busca da melhoria do cuidado ao paciente e da melhoria do ambiente de trabalho. A tecnologia transformou a prática de enfermagem no local de trabalho, não só em termos de máquinas e equipamentos usados, mas as habilidades que desenvolvemos e o conhecimento que possuímos, os valores que defendemos e a importância da enfermagem para a sociedade.²¹

Portanto, as tecnologias devem ser utilizadas a favor do cuidar e para facilitar as práticas de cuidado, proporcionando, assim, otimização do tempo do

profissional para que este possa estar mais próximo ao ser cuidado. Por isso, o distanciamento provocado pelo excesso de atenção dirigida às tecnologias pode explicar as dificuldades no processo de comunicação, como também a frieza e gelidez das relações interpessoais construídas nas unidades de terapia intensiva, identificadas como um dos fatores que influenciam na forma como ocorrem o cuidar e as práticas de cuidado.²

A humanização em UTI onde se presta cuidados a pacientes críticos, os profissionais de saúde, especialmente os enfermeiros, necessitam utilizar a tecnologia aliada a empatia, a experiência e a compreensão do cuidado prestado fundamentado no relacionamento interpessoal terapêutico, a fim de promover um cuidado seguro, responsável e ético em uma realidade vulnerável e frágil. Cuidar em Unidades Críticas é ato de amor, o qual está vinculado: a motivação, comprometimento, postura ética e moral, características pessoais, familiares e sociais.¹³

Assistir o paciente de forma humanizada vai muito além de procedimentos, intervenções tecnológicas, farmacológicas, não basta chama-lo pelo nome, ter um sorriso nos lábios, assisti-lo de maneira humanizada é tentar ao menos compreender seus medos, anseios, incertezas, dúvida, angustias, seus aspectos sociais, psicológicos espiritual, entender o que lhe aflige para que o profissional o conforte maneira deixando-o mais seguro.²²

As atividades dos profissionais de saúde que trabalham no hospital favorecem uma concepção do sofrimento como natural, por parte desses profissionais. A dificuldade em estabelecer um equilíbrio entre vida e morte, saúde e doença, cura e óbito é uma constante, e faz com que os trabalhadores tenham potencial dificuldade em administrar o trágico. Por isso, pode-se criar um espaço de despersonalização e de afastamento da realidade dos pacientes²¹.

Conclusão

As tecnologias utilizadas em terapia intensiva, independente do seu tipo, vem ganhando cada vez mais espaço e se reinventando a cada dia, e por isso o profissional da enfermagem, no seu dia a dia de trabalho, vem utilizando-a cada vez mais na prática de seu cuidado. Através da análise dos artigos foi possível concluir que as tecnologias beneficiam ao auxiliarem o enfermeiro na ação de seu cuidado na UTI e que, também, dificultam vendo o fato de que o mesmo tem que de algum jeito se especializar no equipamento que utiliza em sua prática para evitar erros.

Agradecimento

Essa pesquisa não recebeu financiamento para sua realização.

Referências

1. Abreu TF, Amendola, KF, Trovo, MM. Tecnologias relacionais como instrumentos para o cuidado na Estratégia Saúde da Família. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, 2017; 5 (7):981-987. doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0337.
2. Almeida Q. Fófano, GA. Tecnologias leves aplicadas ao cuidado de enfermagem na

unidade de terapia intensiva: uma revisão de literatura. HU Revista. Juiz de Fora [Internet]. 2016. [cited Set. 2021]; 42(3):191-6. Available from: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/hurevista/article/view/2494/891.pdf>

3. Arone EM, Cunha ICK. O. Tecnologia e humanização: desafios gerenciados pelo enfermeiro em prol da integralidade da assistência. Rev Bras Enferm. 2017;60(6):721-3. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672007000600019>.

4. Almeida, SRW, Dal Sasso, GTM, Barra DCC. Processo de Enfermagem Informatizado em Unidade de Terapia Intensiva: Ergonomia e Usabilidade. Rev Esc Enferm USP.2016; 5(6):998-1004. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000700017>.

5. Cestari VRF. Tecnologias do cuidado utilizadas pela enfermagem na assistência ao paciente politraumatizado: uma revisão integrativa. Rev. Cogitare Enfermagem. (2) 20:701-710,2016. doi: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v20i4.40819>

6. Oliveira EB, Souza NVM. Estresse e inovação tecnológica em unidade de terapia intensiva de cardiologia: tecnologia dura. Revista Enfermagem UERJ [Internet]. 2017[cited Set 07, 2021]; Rio de Janeiro. 20 (4):457-62. Available from: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/4768/3519.pdf>.

7. Novaes HMD. Da produção à avaliação de tecnologias dos sistemas de saúde: desafios do século XXI. Rev. Saúde Pública, 2018; 12 (40):133-40. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102006000400018>.

8. Martins JJ, Albuquerque GL. A utilização de tecnologias relacionais como estratégia para humanização do processo de trabalho de saúde. Ciência, Cuidado e Saúde. 2017; 6(3):351-356. <http://dx.doi.org/10.4025/ciencuccuidsaude.v6i3.4068>

9. Rossi FR, Lima MADS. Acolhimento: tecnologia leve nos processos gerenciais do enfermeiro. Rev. Brasileira Enfermagem,2017; 5 (3): 305-310. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672005000300010>

10. Madureira CR, Veiga K, Sant'ana, AFM. Gerenciamento de tecnologia em terapia intensiva. Rev Latino-Am Enferm, 2016, 8(6): 68-75. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692000000600010>

11. Silva LJ, Silva LR, Christoffel MM. Tecnologia e humanização na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: reflexões no contexto do processo saúde-doença. Revista da Escola de Enfermagem da USP [Internet]. [cited set. 12, 2021]; 3(43): 147-159. Available from: <file:///C:/Users/User/AppData/Local/Temp/40409-Article%20Text47840-1-10-20120829.pdf>

12. Salvador, PTCO, Oliveira RKM, Costa TD, Santos VEP, Tourinho FSV. Tecnologia e inovação para o cuidado em enfermagem. Revista Enfermagem UERJ[Internet]. [cited 18 set. 2021]; 20(1):111-117. Available from: <http://www.facenf.uerj.br/v20n1/v20n1a19.pdf>

13. Silva RC, Ferreira MA, Apostolidis T. Práticas de cuidado dos enfermeiros intensivistas face às tecnologias: análise à luz das representações sociais. Texto Contexto Enferm., 2019; 23 (2): 328-337. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072014003780012>

14. Reis CCA, Sena EL da S, Fernandes MH. Humanização do cuidado nas unidades de terapia intensiva: revisão integrativa Humanization care in intensive care units:

integrative review. R. pesq. cuid. fundam. online [Internet]. [cited. 16 set. 2021]; 8(2):4212-2. Available from: [http://C:/Users/User/AppData/Local/Temp/Humanizacao_do_cuidado_nas_unidades de terapia int.pdf](http://C:/Users/User/AppData/Local/Temp/Humanizacao_do_cuidado_nas_unidades_de_terapia_int.pdf).

15. Ouchi JD. O papel do enfermeiro na unidade de terapia intensiva diante de novas tecnologias em saúde. Rev. Saúde em Foco [Internet]. [cited 24 set. 2021];10(14): 412-428. Available from: https://portal.unisepe.com.br/unifia/wp-content/uploads/sites/10001/2018/07/054_O_PAPEL_DO_ENFERMEIRO_NA_UNIDADE_DE_TERAPIA_INTENSIVA.pdf.

16. Sanches RCN. Percepções de profissionais de saúde sobre a humanização em unidade de terapia intensiva adulto. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem. 2016; 20(1): 48-54. doi: 10.5935/1414 8145.20160007.

17. Castro, AS, Arboit EL, Ely GZ, Motta Dias CA, Arboit J, Camponogara, S. Percepções da equipe de enfermagem acerca da humanização em terapia intensiva. Revista Brasileira Em Promoção da Saúde, 32 (12): 47-49. <http://dx.doi.org/10.5020/18061230.2019.8668>.

18. Yin RK. Pesquisa Qualitativa do início ao fim [recurso; tradução: Daniel Bueno; revisão técnica: Dirceu da Silva. Porto Alegre: 2018.

19. Schwonke CRGB. Perspectivas filosóficas do uso da tecnologia no cuidado de enfermagem em terapia intensiva. Rev. Bras. Enferm, Brasília, 2018, 1(64):64,189-192. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672011000100028>.

20. Ferreira A, Santos T. O Uso das Tecnologias nas Unidades de Terapia Intensiva para Adultos pela Equipe de Enfermagem: Uma Revisão Integrativa. Revista de psicologia [Internet]. 2020; [cited 16 set. 2021]; 14(51): 250-261. Available from: <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/2546/4108pdf>.

21. Siqueira VRB. Contribuições da Tecnologia para Assistência de Enfermagem da Unidade de Terapia Intensiva. Revista Sustinere, [S.l.], 2019; 1(3): 19-21. <http://dx.doi.org/10.12957/sustinere.2019.40086>.

22. Da Silva AR, de Mattos M. Produção científica brasileira sobre as tecnologias biomédicas e segurança do paciente na UTI: revisão integrativa [Internet]. [cited 16 set.2021]; 6(1):25-31. Available from: <https://periodicos.unemat.br/index.php/jhnpeps/article/view/4696>

Autor de correspondência

Jaqueline Cardoso Gameiro de Lacerda
Rua Taipas, 546, Sala 6. CEP: 09560-200 - Santa
Maria. São Cateano do Sul, São Paulo, Brasil.
jakgameiro@hotmail.com

Pacientes oncológicos na gestação e os sentimentos vivenciados

Cancer patients during pregnancy and the feelings experienced

Pacientes con cáncer durante el embarazo y los sentimientos experimentados

Edgar Lima Macedo¹, Laura Pagnan Couto², Magali Hiromi Takashi³

Como citar: Macedo EL, Couto LP, Takashi MH. Pacientes oncológicos na gestação e os sentimentos vivenciados. REVISA. 2022; 11(3): 295-301. Doi: <https://doi.org/10.36239/revisa.v11.n3.p295a301>

REVISA

1. Universidade Anhembi Morumbi, Escola de Ciências da Saúde. São Paulo, São Paulo, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0002-5093-6646>

2. Universidade Anhembi Morumbi, Escola de Ciências da Saúde. São Paulo, São Paulo, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0001-9170-7607>

3. Universidade Anhembi Morumbi, Escola de Ciências da Saúde. São Paulo, São Paulo, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0001-7774-7178>

Recebido: 25/04/2021
Aprovado: 15/06/2021

RESUMO

Objetivo: Ações na terapia oncológica durante a gestação, e respectivamente seus sentimentos de medos vivenciados. **Método:** Revisão integrativa realizada de agosto a setembro de 2021 na Biblioteca Virtual em Saúde. Foram utilizadas as seguintes palavras chaves para a busca: circulação fetal AND gestação oncológica AND quimioterapia na gestação AND quimioterapia na gestação, neoplasias gravidez, câncer. **Resultados:** A gestação é o período mais marcante na vida da mulher, e com o diagnóstico de câncer irá promover um longo tratamento, podendo incluir quimioterapia. Gerando complicações durante a gestação, e promovendo sentimentos de medos. **Conclusão:** Pode-se concluir que o tratamento de neoplasia é fundamental para a gestante. Contudo promoverá sentimentos insalutíferos. Assim, necessitando de atenção e assistência da equipe multidisciplinar. **Descritores:** Câncer na Gestação; Radioterapia; Gestação.

ABSTRACT

Objective Actions in cancer therapy during pregnancy, and respectively their feelings of fears experienced. **Method:** Integrative review carried out from August to September 2021 at the Virtual Health Library. The following key words were used for the search: fetal circulation AND oncological pregnancy AND chemotherapy during pregnancy AND chemotherapy during pregnancy, neoplasms pregnancy, cancer. **Results:** Pregnancy is the most important period in a woman's life, and a diagnosis of cancer will promote a long treatment, which may include chemotherapy. This generates complications during pregnancy, and promotes feelings of fear. **Conclusion:** It can be concluded that the treatment of cancer is fundamental for pregnant women. However, it will promote unhealthy feelings. Thus, requiring attention and assistance from the multidisciplinary team. **Descriptors:** Cancer in Pregnancy; Radiotherapy; Pregnancy.

RESUMEN

Objetivo: Acciones en la terapia contra el cáncer durante el embarazo y, respectivamente, sus sentimientos de temores experimentados. **Método:** Revisión integradora realizada de agosto a septiembre de 2021 en la Biblioteca Virtual en Salud. Para la búsqueda se utilizaron las siguientes palabras clave: circulación fetal Y embarazo oncológico Y quimioterapia durante el embarazo Y quimioterapia durante el embarazo, neoplasias embarazo, cáncer. **Resultados:** El embarazo es el periodo más destacado en la vida de una mujer, y el diagnóstico de cáncer promoverá un largo tratamiento, que puede incluir quimioterapia. Generando complicaciones durante el embarazo, y promoviendo sentimientos de miedo. **Conclusión:** Se puede concluir que el tratamiento de la neoplasia es esencial para la mujer embarazada. Sin embargo, promoverá sentimientos poco saludables. Por lo tanto, necesita la atención y la asistencia del equipo multidisciplinar. **Descritores:** Cáncer en el embarazo; Radioterapia; Embarazo.

Introdução

A gestação é um período singular na vida de uma mulher, marcada por dúvidas e expectativas, além das modificações no corpo, alterações hormonais e/ou comportamentais.

Gestantes com diagnóstico de câncer vivenciam o dilema criado entre terapia ideal para a mãe e o bem-estar fetal, que gera uma situação desafiadora para a gestante, feto, familiares e profissionais de Saúde envolvidos, tornando o manejo desafiador, delicado, cuja condução frequentemente gera dificuldades e angústias para a gestante, uma vez que o tratamento na maioria das vezes é difícil, já que o prognóstico da mãe ou do feto pode ser comprometido.¹

O câncer durante a gravidez é um evento raro, ocorrendo cerca de 0,001%, mas é a principal causa de morte de mulheres em idade reprodutiva.² As neoplasias mais comuns em gestantes são: câncer de mama, câncer cervical, linfomas, leucemias, câncer de colo do útero, ovários e melanoma.²

A adoção do tratamento mais eficaz possível para a mãe e menos tóxico para o feto, deve se levar em conta os benefícios e riscos, uma vez que a escolha é diretamente influenciada pela idade gestacional, estágio do tumor materno e possibilidades de interrupção da gravidez.³

Tendo em vista os fatos apresentados, surge a seguinte indagação: “Quais os medos e as características destes vivenciados por mulheres com diagnóstico simultâneo de câncer e gravidez?”

Frente ao problema de pesquisa surge a seguinte hipótese: “na relação simbiótica do binômio materno-fetal, o medo da mãe prevalece em relação ao desenvolvimento do feto, à sua própria saúde”.

Nesse sentido, esse estudo tem como objetivo identificar na literatura científica as ações na terapia oncológica durante a gestação, sentimentos e os medos vivenciados em pacientes com diagnóstico simultâneo de câncer e gravidez.

Método

Trata-se de uma revisão integrativa, realizada de agosto a setembro de 2021 por meio de levantamento bibliográfico referente a pacientes oncológicos na gestação e seus sentimentos evidenciados.

Para a construção da revisão integrativa, percorreu-se seis etapas distintas: a identificação do tema e questão norteadora; estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos/amostragem; definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/categorização dos estudos; avaliação dos estudos incluídos; interpretação dos resultados; e apresentação da revisão/síntese do conhecimento.⁴

Na seleção dos trabalhos foram acessadas as bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Foram utilizadas as seguintes palavras chaves para a busca: circulação fetal AND (la:("pt")), gestacao oncologica AND (la:("pt")), quimioterapia na gestação AND (la:("pt")), quimioterapia na gestação, neoplasias gravidez, câncer.

Foram selecionados para fazer parte do estudo somente artigos científicos (originais, revisões sistematizadas, relatos de experiências, ensaios e reflexões teóricas); trabalhos cujo resumo abordassem o tema em saúde;

disponíveis on-line, no Brasil, e internacional, na forma completa, em português e inglês que tivessem relacionados a gestação oncológica, e seus sentimentos. Foi aplicado exclusão e inclusão, totalizando 19 referências como inclusão para revisão integrativa.

Foram excluídos outros tipos de publicações, como teses, dissertações, monografias, revisões bibliográficas não sistematizadas, cartas, resenhas, editoriais, livros, capítulo de livros, publicações governamentais e boletins informativos, assim como artigos publicados em outros meios de comunicação que não as bases escolhidas; estudos duplicados; estudos disponibilizados somente mediante pagamento; e que não abordassem de forma relevante ao objeto da pesquisa.

Para a análise, foi realizada leitura minuciosa dos artigos na íntegra, com o propósito de constatar a aderência ao objetivo deste estudo. Para seguir as diretrizes da revisão integrativa, os artigos foram organizados com base nos objetivos, metodologia, resultados e conclusão.

Resultados e Discussão

Durante a gestação, a mãe passa por muitas mudanças físicas, hormonais e psicológicas, lidando com mudanças de humor, sentimentais e novas sensações. Quando envolve uma patologia como o câncer, agravam-se tais sentimentos. O tratamento de Radioterapia e/ou Quimioterapia na maioria das vezes é necessário, trazendo riscos ao feto e a mãe. Para o Ministério da Saúde, o câncer é considerado gestacional se detectado durante a gravidez ou durante a lactação e até um ano depois do parto (Puerpério).⁵

O tratamento com quimioterápicos possui evolução e eficácia para a cura do câncer, mas possuem efeitos prejudiciais para a gestante e principalmente para o feto. Há uma ambivalência entre vida e morte, promovendo para a mãe o grande conflito emocional. As neoplasias mais acometidas em mulheres gestantes são Câncer de Colo uterino e Câncer de Mama. O diagnóstico dessas neoplasias se não forem precoces, trazem maior dificuldade para um bom prognóstico, e gestantes acabam correlacionando os sintomas às mudanças normais da gestação, confundem tais sintomas, fazendo com que o diagnóstico seja tardio. Também leva-se em conta a própria conduta investigativa e de estadiamento deve ser menos invasiva por conta dos danos ao feto. Por isso a importância de exames preventivos e autoconhecimento. O diagnóstico de neoplasia mamaria se dar como primário o autoexame, um método de diagnóstico visual e palpável, no qual a mulher deverá observar qualquer tipo de alteração como o contorno mamário, presença de pregas, tamanho, e alterações na pele. Na gestação a mulher terá grande aumento dos principais hormônios circulantes, os estrógenos, progesterona, e prolactina, promovendo o aumento da mama, e dificultando o diagnóstico de uma possível neoplasia na gestação. A gravidez com o diagnóstico de neoplasia, é considerada de alto risco, assim o feto deve receber regularmente o monitoramento fetal. Incluindo o doppler de artéria umbilical e USG (ultrassonografia) morfológica.⁶⁻⁸ É importante, e fundamental a comunicação com outras mulheres, para que ocorra a troca de informações, e experiências vividas por outras gestantes oncológicas.

Se o tratamento incluir a radioterapia na gestação pode diferenciar de acordo com a dosagem empregada, juntamente com a idade gestacional. Requer

grande atenção e cuidados, pois temos Risco-Benefício. Os riscos podem-se citar a geração de complicações na gestação, abortamento, problemas neurológicos no feto, por exemplo a microcefalia (o mais comum), retardo no crescimento, alterações cognitivas e/ou comportamentais. Os benefícios são o retardamento do avanço da doença (câncer), e promover possível cura.⁷

Devido a todas complicações, as gestantes adquirem medo em realizar o tratamento, e recebem recomendações populares de evitar o uso da radioterapia na gestação e outros mitos. No tratamento atua uma equipe multidisciplinar, os cuidados requerem grande atenção da equipe, já que o uso de antineoplásico é prejudicial ao feto, e os estudos de farmacocinética são mínimos. O acometimento prejudicial ao feto vai de acordo com a idade gestacional. A alta exposição e vulnerabilidade fetal ocorre entre 4 a 8 semanas de gestação, quando está em processo de formação e desenvolvimento fetal. Nessas semanas que ocorre o processo de organogênese, processo de desenvolvimento embrionário no qual os três folhetos terminativos (ectoderme, endoderme e mesoderme) se diferenciam e dão origem aos órgãos internos do organismo. Com este desenvolvimento até a oitava semana, o feto está com braços, pernas, olhos, nariz, lábios, coração (órgãos em geral). A parte cardíaca, o feto com 8 semanas apresenta as câmaras divididas e distintas, e inicia-se aproximadamente 150bpm. Durante o tratamento, a quimioterapia pode ser classificada em adjuvante, e neoadjuvante. Um exemplo de neoplasia que se utiliza as classificações acima é câncer de mama. Pois dependendo do avanço da doença pode necessitar de cirurgia, assim a quimioterapia adjuvante é após a cirurgia, com o intuito em eliminar a micrometástase, e neoadjuvante antes da cirurgia, com o intuito em reduzir o tumor.^{7,9-10}

Durante o tratamento, o sistema hematopoiético que é responsável pela produção das células sanguíneas, pode sofrer alterações, e com a transferência placentária pode promovendo problemas com a integralidade fetal. Devido a exposição prolongada com as dosagens. Assim ocorrendo transferência da droga para o feto através da placenta.^{8,11}

Os principais quimioterápicos utilizados são: Doxorrubicino/Mitocina (com a utilização foram relatados casos de microcefalia); Antimetabólicos: Methotrexate (casos de anormalidade craniana, e esquelética); e Mitoxantivona (não possui casos de anormalidades com sua utilização). Com algumas citações de medicações para o tratamento de neoplasias durante a gestação, mostra-se que os quimioterápicos possuem ações terapêuticas, que de acordo com a dosagem e os tipos podem apresentar grau maior e ou menor de ação prejudicial para a saúde e integralidade do feto. Gestantes podem desenvolver o risco de prematuridade fetal. Gestantes com prognóstico em câncer, são casos raros, contudo requer cuidado, assistência aumentada para prevalecer e manter o bem-estar materno-fetal. O diagnóstico com antecedência é adequado e cauteloso, principalmente o hormonal. Pois durante o processo gestacional, temos a elevação de alguns hormônios: corticotrofina, cortisol, estrogênio, progesterona e T4, e alguns neurotransmissores serotonina, podendo promover depressão gestacional, e Epinefrina/Adrenalina sensação/sentimento de medo.^{12,7}

Durante o tratamento, compete ao profissional de enfermagem impor ações integrais de assistência, multidisciplinar para mulheres diagnosticadas com neoplasia. Intensificando a avaliação contínua, participação da família/e mulher na condução da gestação, ajudando nos aspectos psicológicos, e

realizando adequadamente o pré-natal. Há estudos evidenciando que a gestação por si, não promove piora na evolução do câncer. Após a gestação, deve-se atentar com a amamentação, pois deve-se interromper o tratamento com quimioterápicos, pois já foi relatado a presença de antineoplásicos como Methotrexate, Doxorubicina, Cisplatina no leite materno. Pois pode acarretar problemas sérios para o recém-nascido.^{13,7,14}

Sentimentos Vivenciados

Os sentimentos das mulheres na gestação oscilam e se transformam, dentre essas novas sensações, vemos medo e ansiedade. Quando associamos aos diagnósticos de câncer, e gestação. Pois provocam sentimentos ruins, conflitos internos, desequilíbrios e sofrimentos. A aceitação e a maneira de lidar com o prognóstico não é fácil, estão abaladas psicologicamente, com anseio do que o futuro reserva, é um choque emocional, desestabilizante, gerando sentimentos de raiva, angústia e depressão por exemplo. Cada mulher irá reagir de formas diferentes, inclusive criam mecanismos de defesas, por exemplo a autonegação da doença. Ressaltando, que há casos de gestantes, com diagnóstico oncológico, lúcida do caso, e optaram em engravidar. Mulheres no qual possuíam o autoconhecimento de métodos contraceptivos, e deixaram de lado seus sentimentos ruins (medo, angústia, autonegação da doença), e realizando o planejamento familiar para manter o próprio bem-estar, e fetal.¹⁵⁻¹⁶

A gestação por si, é uma fase difícil, contraditória, e intensa, ocorrendo como mencionado inúmeras mudanças. Principalmente a questão psíquica. A mãe cria expectativas/e possível imagem de seu bebê. No qual com a atual situação do descobrimento da neoplasia, e seus devidos tratamentos (radioterapia/e ou quimioterapia), acaba destruindo essas expectativas, gerando/e promovendo os sentimentos mencionados acima. Devido a fragilidade do feto, a mãe possui o medo de realizar o vínculo materno-fetal, devido a possibilidade do feto obter durabilidade pequena de vida. Assim promovendo outro sentimento para a gestante, a depressão. Outra vulnerabilidade que a gestante pode sofrer, e ter como a gatilho a depressão, é o suicídio. É demonstrada amplamente na literatura oncológica, que o câncer é um fator de risco para o suicídio. Citando outros estudos/literaturas citando o suicídio.^{16,17-19}

Devido o tratamento, a complicação fetal mais comum é a malformação congênita, promovendo um grande impacto para a gestante. Mas após o autoconhecimento dos diagnósticos, e gerar tais sentimentos, gestantes realizam/e desenvolvem o autocontrole do medo, ansiedade, realizando grande apego fetal. De acordo com a escala a seguir, dados do apego fetal.¹⁷⁻¹⁹

Conclusão

A gestação é um processo feminino importante para si, reitera-se a existência de poucos estudos na literatura para revisão integrativa, sobre os sentimentos das gestantes frente ao câncer. Todavia é fundamental a participação durante o diagnóstico, a participação da equipe multidisciplinar, durante o atendimento integral, incluindo todas as fases do câncer. Além de promover para as gestantes o cuidado e atendimento físico, devemos proporcionar o

atendimento e apoio social, educacional, psicológico para oferecer o bem-estar materno.

Conclui-se que qualquer ação/tratamento terapêutico é essencial, e fundamental para o paciente. Entretanto gestantes possuem seus diferenciais, além de lidarem com o forte impacto emocional, devem-se estar atentas (assim como a equipe multidisciplinar), as vantagens, e desvantagens. Pois o tratamento com quimioterápicos pode/e será benéfico para a mãe, e malévolos para o feto. Pois é fundamental o autoconhecimento do tratamento, autocuidado emocional. Conclui-se que atualmente a principal forma de terapia para as gestantes é “Cirurgia Oncológica”.

O desenvolvimento desta pesquisa contribui para que a equipe multidisciplinar atuante com diagnósticos de neoplasias na gestação realize a compreensão da dinâmica emocional dessas mulheres, desenvolver, e realizar um cuidado integral e humanizado.

Agradecimento

Essa pesquisa não recebeu financiamento para sua realização.

Referências

1. Sato K, Shimamoto H, Mochizuki Y, Hirai H, Tomioka H, Shimizu R, Marukawa E, Fukayama H, Yoshimura R, Ishida H, Harada H. Treatment of oral cancers during pregnancy: a case-based discussion. *Journal of Otolaryngology - Head & Neck Surgery*. 2019;48(1):[7 screens]. Doi: <https://doi.org/10.1186/s40463-019-0331-1>
2. Garofalo S, Degennaro VA, Salvi S, De Carolis MP, Capelli G, Ferrazzani S, De Carolis S, Lanzone A. Perinatal outcome in pregnant women with cancer: are there any effects of chemotherapy? *European Journal of Cancer Care [Internet]*. 19 set 2016 [citado 30 nov 2021];26(6):e12564. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/ecc.12564>
3. Hepner A, Negrini D, Hase EA, Exman P, Testa L, Trinconi AF, Filassi JR, Francisco RP, Zugaib M, O'Connor TL, Martin MG. Cancer During Pregnancy: The Oncologist Overview. *World Journal of Oncology [Internet]*. 2019 [citado 30 nov 2021];10(1):28-34. Disponível em: <https://doi.org/10.14740/wjon1177>
4. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm*. 2008 Out-Dez; 17(4): 758-64. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>
5. Sena L, Neves MGC. Os impactos psicológicos do diagnóstico e tratamento do câncer de mama em mulheres. *Com. Ciências Saúde[Internet]*. 2019[citado em 20 jun 2021]; 30(1):19-28. Disponível em: <http://repositorio.fepecs.edu.br:8080/jspui/bitstream/prefix/159/1/367-Outros-3561-1-10-20200719.pdf>
6. Alquimim AF, Ladeia LSA, Rodrigues RK, Oliveira VB, Escobar É GVF, Menezzi PTSD. Diagnóstico de câncer de mama na gestação: há dificuldades adicionais. *Femina*. 2011; 39(5):281-84
7. Schünemann Jr E, Urban C de A, Lima RS de, Rabinovich I, Spautz CC. Radioterapia e quimioterapia no tratamento do câncer durante a gestação - revisão de literatura. *Rev. Bras. Cancerol*. 2007;53(1):41-6.

8. Boldrini NAT, Rossi KKC, Sassine TOT, Borges Filho HZ, Frizera HC. Câncer do colo do útero na gravidez. FEMINA [internet]. 2019[citado 23 jun 2021];47(1): 55-60. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/12/1046493/femina-2019-471-55-60.pdf>
9. Coelho RCFP, Panobianco MS, Guimarães PRB et al. Tratamento quimioterápico adjuvante e neoadjuvante e as implicações na qualidade de vida mulheres com câncer de mama. Rev enferm UFPE on line. 11(11):4732-40. Doi: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v11i11a231216p4732-4740-2017>
10. Cieto JF, Santos LAC, Gozzo, TO. Câncer durante a gravidez: análise dos casos com ênfase nos resultados obstétricos e neonatais. Rev. enferm. Cent.-Oeste Min. 2021;11:e4096
11. Cavalli RC, Baraldi CO, Cunha SP. Transferência placentária de drogas. Rev Bras Ginecol Obstet. 2006; 28(9): 557-64. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0100-72032006000900009>
12. Ferreira LRG, Spautz CC. Câncer de mama associado à gestação. FEMINA[internet]. 2014[citado em 20 jun 2021]; 42: 203-8.
13. Fernandes AFC, Santos MCL, Silva TBC, Galvão CM. O prognóstico de câncer de mama na gravidez: evidências para o cuidado de enfermagem. Rev. latinoam. enferm. (Online). 2011; 19(6): 1453-61. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692011000600024>
14. Puzzi-Fernandes C. Cuidando de gestantes com câncer: experiência em serviço de referência. 2019. 73 p. Disponível em: <https://1library.org/document/ye8gkg4y-cuidando-gestantes-experiencia-servico-referencia-pregnant-experience-reference.html>
15. Vasconcelos L, Petean EBL. O impacto da malformação fetal: indicadores afetivos e estratégias de enfrentamento das gestantes. Psic. Saúde & Doenças[Internet]. 2009 [citado 2021 Nov 16]; 10(1): 69-82. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/362/36219059006.pdf>
16. Capelozza MLSS, Peçanha DL, Mattar R, Sun SY. A dinâmica emocional de mulheres com câncer e grávidas. Boletim- Bol. Acad. Paulista de Psicologia.2014; 34(86): 151-70.
17. Hem E, Loge JH, Haldorsen T, Ekeberg O. Suicide risk in cancer patients from 1960 to 1999. J Clin Oncol. 2004 Oct 15;22(20):4209-16. doi: <https://doi.org/10.1200/JCO.2004.02.052>
18. Medeiros ACR, et al. Sentimento materno ao receber um diagnóstico de malformação Congênita. Psicol. Estud. 2021; 26: e45012. Doi: <https://doi.org/10.4025/psicoestud.v26i0.45012>
19. Silva SS, Aquino TAA, Santos RM. O paciente com câncer: cognições e emoções a partir do diagnóstico. Rev. bras. ter. cogn[internet]. 2008[citado 2021 Nov 16]; 4(2): 73-89. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbtc/v4n2/v4n2a06.pdf>

Autor de correspondência

Jaqueline Cardoso Gameiro de Lacerda
Rua Taipas, 546, Sala 6. CEP: 09560-200 - Santa
Maria. São Cateano do Sul, São Paulo, Brasil.
jakgameiro@hotmail.com

Educação em saúde para a prevenção de câncer do colo de útero decorrente do HPV

Health education for the prevention of uterus cancer resulting from HPV: a literature review

Educación sanitaria para la prevención del cáncer de cuello uterino por HPV: una revisión de la literatura

Aldenora Aparecida Farias de Almeida¹, Denise de Oliveira Corrêa², Karine Espindola d'Abadia³, Tatiane Araújo da Silva⁴,
Andrey Hudson Interaminense Mendes de Araújo⁵

Como citar: Almeida AAF, Corrêa DO, D'Abadia KE, Silva TA, Araújo AHIM. Educação em saúde para a prevenção de câncer do colo de útero decorrente do HPV. REVIS. 2022; 11(3): 302-13. Doi: <https://doi.org/10.36239/revisa.v11.n3.p302a313>

REVISA

1. Universidade Paulista, Campus Brasília. Brasília Distrito Federal, Brasil.

<https://orcid.org/0000-0001-5975-1480>

2. Universidade Paulista, Campus Brasília. Brasília Distrito Federal, Brasil.

<https://orcid.org/0000-0002-3771-781X>

3. Universidade Paulista, Campus Brasília. Brasília Distrito Federal, Brasil.

<https://orcid.org/0000-0003-4624-0889>

4. Universidade Paulista, Campus Brasília. Brasília Distrito Federal, Brasil.

<https://orcid.org/0000-0002-8982-8263>

5. Universidade Paulista, Campus Brasília. Brasília Distrito Federal, Brasil.

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

Recebido: 15/04/2022

Aprovado: 23/06/2022

RESUMO

Objetivo: analisar o que a literatura descreve a respeito da forma de transmissão, prevenção e rastreamento do HPV; os métodos de prevenção de câncer de Cólon relacionado ao HPV; bem como as ações educativas a respeito do HPV voltadas a adolescentes. **Método:** Trata-se de uma revisão integrativa da literatura. As pesquisas dos artigos foram feitas nas bases de dados SCIELO, BDNF, LILACS, MEDLINE, utilizando os descritores: Educação em saúde, Papilomavirus, Saúde do adolescente. Os critérios de inclusão estabelecidos na estratégia, foram de artigos originais, em português, disponível na íntegra e publicados entre 2016 a 2021. **Resultados:** Foram incluídos nesta revisão de literatura 12 artigos científicos. Com isso, emergiram-se três temas: Estratégia de prevenção relacionadas a transmissão de HPV; Detecção precoce do câncer do colo de útero; relação entre HPV e o câncer de colo de útero; esquema vacinal na prevenção primária contra o HPV. **Conclusão:** verifica-se que o câncer de colo de útero é um problema sério de saúde pública no Brasil, sendo também uma das principais causa de morte no mundo. É de fundamental importância o acompanhamento para detecção precoce, o que pode prevenir esta neoplasia.

Descritores: Educação em saúde; Papilomavirus; Saúde do adolescente.

ABSTRACT

Objective: analyze what the literature describes about the transmission, prevention and tracking of HPV; HPV-related colon cancer prevention methods; as well as educational actions about HPV aimed at adolescents. **Método:** this is a integrative review of the literature. At article searches were made in the database SCIELO, BDNF, LILACS, PUBMED, MEDLINE, REBEN using the keywords: health education, Papilomavirus, teen health. The Inclusion discretion established in the strategy were original articles in portuguese, available in full and published between 2016 to 2021. **Results:** Thirteen scientific articles were included in this literature review. With that, three topics emerged: prevention strategy related to HPV transmission; Early detection of cervical cancer; Relationship between HPV and Cervical Cancer; Vaccination scheme for primary prevention against HPV. **Conclusion:** cervical cancer is a public health problem in Brazil, being one of the leading causes of death in the world. It is of fundamental importance the effective screening for early detection, which can prevent neoplasia.

Descriptors: Health education; Papilomavirus; Adolescent health.

RESUMEN

Objetivo: analizar lo que describe la literatura sobre la transmisión, prevención y seguimiento del VPH; Métodos de prevención del cáncer de colon relacionados con el VPH; así como acciones educativas sobre VPH dirigidas a adolescentes. **Método:** Ésta es una revisión integradora de la literatura. Los artículos fueron buscados en las bases de datos SCIELO, BDNF, LILACS, MEDLINE, utilizando los descriptores: Educación en salud, Papilomavirus, Salud adolescente. Los criterios de inclusión establecidos en la estrategia fueron artículos originales, en portugués, disponibles íntegramente y publicados entre 2016 y 2021. **Resultados:** Se incluyeron 12 artículos científicos en esta revisión de la literatura. Así, surgieron tres temas: estrategia de prevención relacionada con la transmisión del VPH; Detección temprana del cáncer de cuello uterino; relación entre el VPH y el cáncer de cuello uterino; calendario de vacunación en prevención primaria contra el VPH. **Conclusión:** parece que el cáncer de cuello uterino es un grave problema de salud pública en Brasil, y también es una de las principales causas de muerte en el mundo. El seguimiento para la detección temprana es de fundamental importancia, lo que puede prevenir esta neoplasia.

Descritores: Educación sanitaria; Papilomavirus; Salud de los adolescentes.

Introdução

O Câncer de Colo de Útero (CCU) é o quarto câncer ginecológico mais comum no sexo feminino no mundo e a principal causa de morte em países em desenvolvimento¹. No Brasil é o segundo câncer mais frequente entre mulheres, estando localizada a maior taxa de incidência nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, enquanto nas regiões Sul e Sudeste ocupa a quarta e a quinta posição.² A infecção pelo *Papilomavírus* humano (HPV) pode causar lesões cervicais e evoluir ao câncer cervical, especialmente os subtipos 16 e 18 que estão presentes em 70% dos casos de câncer uterino de alto risco oncogênico.³

São estimados 570 mil novos casos por ano no mundo, alcançando cerca de 311 mil óbitos. No sexo feminino, é o quarto tipo de câncer com maior presença e a quarta causa de mortalidade mundial. A incidência e mortalidade é mais evidente em países em desenvolvimento e subdesenvolvidos.⁴

No Brasil, em 2019 ocorreram 6.596 óbitos por neoplasia. Nesse ano, das mortes registradas por essa doença, foram detectadas, em termos relativos, 5,33 mortes por cada grupo de 100 mil mulheres. Já em 2020 foram estimados 16.710 casos de CCU, correspondendo a aproximadamente 15,38 eventos de morte a cada 100 mil mulheres brasileiras.⁵

Foi a partir dos estudos de Papanicolau em 1941, que surgiu o exame colpocitológico, o qual é utilizado e recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como um método de rastreio simples e de baixo custo, capaz de detectar as alterações em fases pré-neoplásicas. Nesse estágio, a cura pode ser alcançada com medidas relativamente simples, reduzindo o agravamento do câncer do colo de útero.⁶

Destaca-se que a evolução dessa doença é “silenciosa”. Nesse sentido, faz-se necessário realizar exames preventivos periódicos, em caso de constatação da enfermidade deve-se procurar tratamento médico o mais rápido possível. Sendo que os fatores determinantes do alto índice de câncer de CCU está ligado à ineficiência do Sistema de Saúde, principalmente devido: à falta de uma triagem adequada; a pouca eficiência dos programas de rastreamento; a dificuldade de interpretação dos laudos pela maioria dos profissionais de saúde^{7,8}.

A eficácia do tratamento do CCU pode ser correlacionada a medidas de interação entre a população e os profissionais de saúde, os quais devem ser capacitados para conhecer e tratar os sintomas. Além disto, tem-se que desenvolver práticas socioeducativas, por meio de mensagens claras, acesso rápido e facilitado aos serviços de saúde.^{9,10}

Segundo a OMS, alguns dos sintomas no estágio inicial relacionado ao câncer de colo uterino é: o aumento do corrimento vaginal, as vezes apresenta mal cheiro, sangramento após a relação sexual. No estágio avançado, os sintomas são: dores persistentes nas costas, dores nas pernas ou pélvis, perda de peso, perda do apetite e fadiga. Outros fatores conexos que levam ao aumento do índice de pessoas infectadas com o CCU é: a iniciação precoce da vida sexual, o tabagismo e o uso prolongado de anticoncepcionais oral, multiparidade e Imunossupressão.^{11,3}

O câncer cervical, causado pelo vírus do HPV (*Papilomavírus* Humano), pode ser evitado por intermédio de uso de preservativos nas relações sexuais e de vacinação, disponibilizados pelo Sistema de Saúde Público. O Ministério da Saúde recomenda a realização de exames Papanicolau regularmente em

mulheres, a fim de diagnosticar possíveis manifestações do HPV e lesões pré-cancerosas.¹²

A transmissão do vírus acontece por meio do contato direto com a pele ou mucosa contaminada, causando verrugas genitais e lesões precursoras do câncer, predominando os de colo de útero e o de trato anogenital. A principal forma de contágio é por intermédio da relação sexual, ocorrendo mesmo na ausência de penetração vaginal ou anal. Continuando, pode haver transmissão da mãe para o feto durante o parto. Ainda nessa temática, existem pessoas portadoras do HPV que são assintomáticas, desconhecendo que são portadoras do vírus, potencializando a transmissão.¹³

Com o objetivo de prevenir o câncer de colo uterino e reduzir a incidência da mortalidade por neoplasia, o Ministério da Saúde, por meio do Programa Nacional de Imunização (PNI), incluiu em seu calendário e implementou a vacina quadrivalente (HPV-Q), que possibilita a proteção ativa contra *Papilomavirus* Humano dos tipos 6, 11, 16 e 18, sua meta é vacinar 80% da população alvo.¹⁴

O que a literatura descreve a respeito da forma de transmissão, prevenção e rastreamento do HPV? O que se sabe sobre os métodos de prevenção de Câncer de Cólon relacionado ao HPV? Quais as ações educativas a respeito do HPV voltadas a adolescentes segundo a literatura científica?

Deste modo, definiu-se como objetivo deste estudo, analisar o que a literatura descreve a respeito da forma de transmissão, prevenção e rastreamento do HPV; os métodos de prevenção de câncer de Cólon relacionado ao HPV; bem como as ações educativas a respeito do HPV voltadas a adolescentes.

Método

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura realizada por meio de artigos científicos com abordagem qualitativa exploratória, voltada à educação e a prevenção de câncer do colo de útero decorrente do HPV. Para a busca dos artigos selecionados, foram utilizados os seguintes Descritores em Ciência da Saúde (DeCS), seguido do operador booleano "and": "Papilomavirus" (HPV) and "Educação em saúde" and "Saúde do adolescente". A pesquisa foi realizada por intermédio da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde (LILACS), Base de Dados de Enfermagem (BDENF), na Scientific Electronic Library Online (SCIELO) e Análise de Literatura Médica (MEDLINE).

Ao determinar quais estudos seriam incluídos nesta pesquisa, foi adotado a identificação de questões proeminentes, bem como as informações a serem extraídas de cada estudo selecionado, começou-se o método na definição da pergunta norteadora, considerada a fase mais importante da revisão. Nessa fase obteve-se a seguinte pergunta norteadora: O que a literatura prescreve a respeito da forma de transmissão, prevenção e rastreamento do HPV?

Os critérios de inclusão estabelecidos foram: artigos publicados no período de 2016 a 2021, em português que respondiam à pergunta norteadora. Dentre os critérios de exclusão estão: artigos anteriores a 2016, indexados em mais de uma ou duplicados na mesma base, artigos de revisão, monografias, assim como estudos que não apresentaram aspectos que contribuíram com o objetivo deste trabalho.

Pesquisando nas bases supracitadas e aplicando os critérios de inclusão e exclusão, foram encontrados 35 artigos na BVS, 38 na LILACS, 34 na BDENF, 7 na SCIELO e 2 artigos no banco de dados da MEDLINE, um total de 116 artigos. Após isto, realizou-se a leitura dos títulos e os resumos, atingindo um número de 102, após uma leitura criteriosa, foram identificados 12 artigos que correspondiam ao objetivo desta revisão, sendo estes a amostra final.

Resultados

Dentre as pesquisas incluídas nessa revisão, destaca-se o tipo de estudo e a estratégia metodológica utilizada. Nesse diapasão, foram observados: cinco artigos que são estudos quantitativos, correlacionados aos fatores que influenciam o baixo resultado de adesão nos exames citopatológicos; um artigo refere-se à análise qualitativa, com predominância de diferentes níveis de conhecimento, dúvidas e concepções errôneas; três são de estudos transversais, descrevendo a falta de adesão a prevenção do HPV; um está fundamentado em evidências científica, que aponta problemas de saúde pública, mais especificamente ligado a infecção sexualmente transmissível, sendo o mais dominante no mundo; e três são de estudo descritivo, que abordam a baixa adesão e motivo para a não realização do exame citopatológico.

Na tabela infraescrita, estão contidas as informações relevantes a respeito dos 12 artigos contidos nesta revisão integrativa. A metodologia que integra o seu conteúdo auxilia a interpretação e a sintetização dos trabalhos científicos, por meio de comparação dos dados evidenciados na análise dos artigos.

Tabela 1- Distribuição dos artigos de acordo com o título, autores, objetivo, método, e ano de publicação. Brasília (DF), Brasil, 2021.

Título	Objetivo	Método	Conclusão	Ano
Papilomavírus Humano (HPV) e sua associação entre lesões cervical e anal em mulheres	Avaliar a associação tipo específica entre infecções anais e cervical, assim como os aspectos citopatológicos das lesões anais pelo vírus HPV em mulheres de São Luiz, Maranhão.	Estudo analítico transversal com 27 mulheres atendidas no centro de pesquisa clínica de UFMA entre agosto de 2012 e julho de 2015, mediante entrevista e realizações de exames complementares.	A infecção cervical por HPV é um fator sugestivo de risco para o desenvolvimento da infecção na região anal.	2016
Conhecimento, atitude e prática sobre o exame colpocitológico e sua relação com a idade feminina	verificar a associação entre o conhecimento, atitude e prática de mulheres em relação ao exame colpocitológico e a faixa etária.	trata-se de pesquisa de corte transversal associada ao inquérito conhecimento, atitude e prática, em uma Unidade de Atenção Primária à Saúde.	O estudo demonstrou relação entre a faixa etária e o conhecimento, a atitude e a prática do exame colpocitológico	2016
Fatores associados a alterações do exame citopatológico	Identificar os fatores associados com alterações do exame citopatológico cérvico-uterino.	trata-se de um estudo analítico com participação de 390 mulheres que apresentaram alterações citopatológicas em	As características sociodemográficas foram determinantes para lesões de alto risco e desenvolvimento de câncer de colo uterino,	2017

cérvico-uterino no Sul do Brasil		município do Estado do Paraná no período de 2012.	especialmente nas mulheres de baixa escolaridade e raça/cor negra ou parda.	
Conhecimento Prática Do Exame Citopatológico de Colo Uterino entre Acadêmicas de Diferentes Áreas	Verificar o conhecimento e a cobertura de exame citopatológico de colo do útero entre as acadêmicas da área da saúde e de ciências humanas e os motivos da não realização do exame.	Estudo descritivo, de abordagem quantitativa, realizado com acadêmicas das áreas da saúde e ciências humanas de uma Instituição de Ensino Superior.	Os principais motivos para a não realização do exame citopatológico, entre as acadêmicas, foram a falta de tempo, não consultar ginecologista e por não considerarem importante ou desconhecem o exame.	2017
Registros dos exames colpocitológicos nas estratégias de saúde da família	Com objetivo de analisar os Livros de Registros dos resultados de exames colpocitológicos, 10 Unidades de Saúde da Família foram selecionadas	Trata-se de um estudo descritivo, analítico, retrospectivo de corte transversal e abordagem quantitativa. O período de coleta de dados ocorreu durante o primeiro semestre de 2017.	Foi observado a ausência de padronização do registro referente aos resultados entre as unidades analisadas, já que foram vistas porcentagens consideráveis de dados sem preenchimento e informação para diferentes aspectos nos exames	2018
Conhecimento e atitudes sobre o Papilomavírus humano e a vacinação	Desvelar o conhecimento e atitudes de meninas, mães, professores e profissionais da saúde sobre o Papilomavírus humano e a vacinação.	Estudo qualitativo, realizado por meio de grupos focais, nas escolas públicas de ensino fundamental e unidades de saúde do Distrito Sanitário IV de Recife-PE, entre junho e julho de 2015.	Diferentes níveis de conhecimento - dúvidas e concepções errôneas - sobre o assunto foram desvelados. Porém, as atitudes foram favoráveis à adesão à imunização. Realidades que precisam ser problematizadas na prática educativa do enfermeiro.	2018
Imunização Contra HPV de meninas de Escolas Públicas e Privadas: Avaliação sobre o conhecimento dos Pais e Responsáveis e adesão.	Verificar o conhecimento dos pais ou responsáveis pelas estudantes de 9 a 13 anos das escolas públicas e privadas de Araguari-MG sobre o HPV, câncer de colo de útero e formas de prevenção e estabelecer possível relação entre a adesão ou não à vacinação das filhas	O presente estudo tem abordagem quantitativa, descritiva e observacional, construído a partir de levantamento de dados por meio de aplicação de questionário estruturado.	Portanto fica clara necessidade de implementação de medidas de educação em saúde por parte de gestores educacionais e profissionais de saúde, levando, assim, conscientização a comunidade escolar e a população em geral.	2018

Busca ativa para aumento da adesão ao exame Papanicolau	Descrever a implantação da busca ativa de usuárias como estratégia para o aumento da adesão ao exame Papanicolau.	Trata-se de um estudo misto, descritivo e exploratório, do tipo pesquisa-ação, realizado durante o projeto de extensão intitulado "Busca ativa na prevenção do câncer de colo uterino: estratégias para aumento da adesão ao exame Papanicolau",	Conclui-se que a busca ativa das mulheres para o seu rastreamento é de grande importância para o diagnóstico precoce e a melhora do prognóstico do CCU, havendo a necessidade de se aprimorar a adesão ao Papanicolau.	2020
Infecção pelo HPV – Rastreamento diagnóstico e conduta nas lesões HPV-induzidas	O objetivo principal do tratamento excecional é descartar invasão estromal e avaliar o estado das margens cirúrgicas	A produção do conteúdo baseia-se em evidências científicas sobre a temática proposta e os resultados apresentados contribuem para a prática clínica	A ampla cobertura da população por meio de um rastreio organizado e a vacinação poderão diminuir substancialmente as doenças HPV-induzidas	2021
Cobertura vacinal contra o papiloma vírus humano (HPV) e fatores associados em acadêmicas de uma universidade do sudoeste goiano	Verificar a cobertura da vacina contra o HPV em mulheres matriculadas em cursos da área de saúde de uma universidade do sudoeste do Estado de Goiás e os fatores associados à vacinação.	Trata-se de estudo transversal, incluindo universitárias dos cursos da área de saúde, com 18 anos ou mais. Foi utilizado questionário padronizado e autoaplicável.	A pesquisa revelou extensa possibilidade para intervenções com o objetivo de atingir maior cobertura vacinal entre as universitárias.	2021
Coberturas vacinais do papiloma vírus humano no contexto brasileiro. Saúde e meio ambiente	Objetivou realizar ações de educação em saúde sobre a prevenção do HPV com administração da vacina para escolares da rede pública municipal de Belém-PA.	A ação foi resultante do projeto de extensão que implementou ações de Educação em Saúde e Ação de vacinação contra HPV em Escolas de Ensino Fundamental e Médio no Município de Belém-PA, com metodologia fundamentada na Problemática através do Modelo do Arco de Maguerez.	Ações que vinculam estratégias de educação em saúde e vacinação tendem a ter maior engajamento do público-alvo. O conhecimento aprofundado tende a proporcionar maior adesão a uma eficaz e segura forma de prevenção como a vacina.	2021
Protocolo Brasileiro para Infecções Sexualmente Transmissíveis 2020: infecção pelo papilomavírus humano (HPV)	São apresentados aspectos epidemiológicos e clínicos, bem como orientações para os gestores e profissionais de saúde no diagnóstico, tratamento e prevenção da infecção pelo HPV.	Tal documento foi elaborado com base em evidências científicas e validado em discussões e consenso entre especialistas	Este tema representa importante problema de saúde pública, haja vista essa infecção sexualmente transmissível ser a mais prevalente no mundo, capaz de desencadear o processo oncogênico do câncer do colo uterino, além de possibilitar a ocorrência de verrugas anogenitais.	2021

Discussão

Após a análise dos artigos inclusos nesta pesquisa, foi possível agrupar os resultados em três categorias temáticas, sendo elas: estratégia de prevenção relacionadas a transmissão de HPV; detecção precoce do câncer do colo de útero; relação entre HPV e o câncer de colo de útero; e esquema vacinal na prevenção primária contra o HPV.

Estratégia de prevenção relacionadas a transmissão de HPV: Detecção precoce do câncer do colo de útero

As infecções causadas pelo HPV são predominantes na adolescência, com maior prevalência nos primeiros anos do início da atividade sexual, no Sistema de Saúde, a cobertura do exame citopatológico ainda é baixa, mesmo sabendo dos seus benefícios. A sua realização periódica seria a melhor estratégia para o rastreamento do câncer cervical.

Se comparado com as pessoas com idade na adolescência com o grupo de mulheres adultas, os exames de rastreio na segunda faixa etária atingem a menor frequência. Portanto, recomenda-se direcionar projetos de educação referente ao CCU, com a finalidade de divulgar a importância do exame citopatológico, promover o uso de preservativos, informar a necessidade de conhecer os parceiros sexuais e assim reduzir ou eliminar a incidência do câncer de colo uterino.¹⁶

A atividade sexual é a principal forma de transmissão do HPV, podendo ocorrer por contato oral-genital, genital-genital, manual-genital ou durante o parto.

As pessoas infectadas são geralmente assintomáticas, não produzem nenhuma manifestação clínica ou subclínica e seu período de latência pode durar meses a anos. No entanto, de 1% a 2% das pessoas infectadas desenvolvem verrugas anogenitais e de 2% a 5% experimentam alterações na colpocitologia oncótica. Salienta-se que a pessoa infectada por um determinado tipo viral de HPV não impede que ela adquira outros tipos de contaminação dessa doença, podendo ocorrer múltiplas infecções.¹⁷

Para detectar precocemente as lesões cancerígenas é realizado o diagnóstico a partir da concretização do exame preventivo (Papanicolau). O Sistema Único de Saúde (SUS), por meio de seus equipamentos públicos (postos de saúde, hospitais, UBS etc.) oferece de forma gratuita a coleta de exames preventivos ginecológicos.

Sendo assim, é primordial reconhecer que na fase da adolescência necessita ter consciência da importância do exame para a detecção precoce do CCU e também informações de forma clara a respeito da etiologia da doença.¹⁸

Entende-se que no controle, prevenção e diagnóstico, os profissionais de enfermagem assumem um papel ativo no incentivo à realização de exames ginecológicos. Vale ressaltar que o enfermeiro deve ser capacitado para assumir a responsabilidade pela realização *in loco* do exame de Papanicolau e ações educativas, buscando encontrar formas de prevenir o CCU e outros tipos de câncer. O enfermeiro deve implementar estratégias para aproximar o paciente, promover um ambiente amigável, estimular conexões entre profissionais de saúde e cliente visando ampliar a adesão ao exame de Papanicolaou.¹⁹

A falta de prevenção é uma das principais causas do aparecimento dessas neoplasias principalmente em mulheres. Isto indica que esse público não está se prevenindo da maneira adequada, por meio de vacina e exames ginecológicos preventivos. Observou-se durante a pesquisa que os motivos que interferem de forma negativa na realização do exame citopatológico, muitas vezes é a falta de tempo, o medo dos resultados e a vergonha. Contudo, a não realização do exame, se a doença estiver presente, torna o diagnóstico tardio, ocasionando uma menor chance de cura.²⁰

Em caso de constatação do CCU, é recomendado que o paciente refaça o exame do Papanicolau com intervalo de um ano, se obter o resultado negativo para as células cancerígenas, com dois exames normais consecutivos e sem alterações, poderá então ter um intervalo de três anos. A amostra para ser considerada satisfatória deverá ter uma quantidade suficiente de células bem distribuídas, fixadas e coradas para que tenha uma boa visualização e assim conseguir a conclusão do diagnóstico de forma correta. Por fim, o profissional responsável decidirá se a amostra está satisfatória observando as condições, como limitações anatômicas, idade, ciclo menstrual e objetivo do exame.²¹

Relação entre HPV e o Câncer de Colo de Útero

O câncer do colo do útero é um dos mais frequentes causados por infecção persistente do HPV, por tipos oncogênicos. A principal característica, após a infecção com o HPV, é o crescimento anormal de células do colo do útero. Se o sistema imunológico não for capaz de combater o vírus, ocorre a evolução dessas células anormais.

Destarte, caso não seja diagnosticado e tratado precocemente, essas células anormais poderão progredir de uma lesão pré-câncer para um câncer. A maior parte das infecções por HPV é assintomática com progressão de forma lenta até apresentar sintomas como sangramento vaginal, corrimento e dor. Essa infecção é mais comum nas adolescentes e mulheres adultas, com pico de prevalência nos primeiros anos do início da atividade sexual.¹⁶

As lesões relacionadas aos tipos virais com baixo risco oncogênico, são normalmente lesões escamosas de baixo grau, semelhante ao do diagnóstico histopatológico de displasia leve ou neoplasia Intraepitelial Cervical (NIC-1). Portanto, a infecção por HPV de alto risco oncogênico é geralmente associada a lesões intraepiteliais escamosas de alto grau e ao diagnóstico histopatológico de neoplasia intraepitelial de grau NIC 2 ou NIC 3 e adenocarcinoma *in situ* (AIS). Além do colo uterino, outros epitélios são capazes de sofrer essa ação oncogênica pelo vírus HPV, ocasionando neoplasias intraepiteliais vaginais, vulvares, perianais, penianas e anais.²²

A contaminação pelo HPV tem uma redução pela resposta imunológica do hospedeiro, sua progressão é de 80% em 16 meses, principalmente em casos de infecção por tipos oncogênicos do vírus. No entanto, 3% a 10% das mulheres infectadas progridem para uma infecção persistente ao longo dos anos, formando um fator de risco para a neoplasia epitelial invasiva. Em geral, esse processo começa por uma fase de doenças pré-invasivas, com alterações restritas às camadas do epitélio, que diagnosticadas e tratadas precocemente possibilitam a cura.²³

Esquema vacinal na prevenção primária contra o HPV

A vacinação preventiva contra o HPV deve ser feita antes da puberdade, na adolescência, é atualmente um dos principais fatores preventivos do CCU. Seu principal objetivo é reduzir o número de infecções, os custos de diagnóstico e o seu tratamento. Como dito anteriormente, a fase de melhor eficácia está localizada nas pessoas jovens que não deram início a atividade sexual. A inclusão da vacina contra HPV no calendário nacional de vacinação do adolescente representa uma estratégia de saúde pública para fortalecer as ações de prevenção do câncer do colo do útero.²⁴

A vacinação na adolescência é ofertada gratuitamente nas unidades básicas de saúde e em escolas públicas e privadas. A campanha de vacinação ocorre de forma gradual. Em 2014 a população-alvo da vacinação foi direcionada para adolescentes do sexo feminino na faixa etária de 9 a 13 anos que não iniciaram a atividade sexual, e a partir de 2017 os adolescentes do sexo masculino também foram incluídos na imunização. A vacina é ofertada nessa faixa etária, antes da exposição do vírus, devido a sua alta eficácia e sua maior produção de anticorpos, encontrada na infecção naturalmente adquirida em prazo de dois anos.²⁵

O desconhecimento dos pais sobre o HPV é um dos principais fatores que contribuem para a baixa adesão à vacinação preventiva de crianças e pré-adolescentes, na faixa etária de 9 a 13 anos, que é o público-alvo, pois é nesta fase que o nível de anticorpos fornecido pela vacinação é superior a imunidade natural produzida pela infecção causado pelo HPV^{24, 25}.

A informação plena acerca da vacina, pode promover o bem-estar relacionado à saúde, à qualidade de vida na transição da adolescência para a idade adulta. Cumpre ressaltar que o uso de vacinas contra o HPV não deve substituir outras formas de proteção, como o uso de preservativos e exames ginecológicos de rotina, uma vez que as vacinas não previnem todos os tipos de HPV cancerígenos.²⁶

O objetivo do PNI é atingir a cobertura vacinal da primeira e da segunda dose de pelo menos 80% para alcançar o objetivo de reduzir a incidência deste câncer nas próximas décadas no país. A vacinação, em conjunto com o exame preventivo (Papanicolau), se complementa como ações de prevenção deste câncer, existindo a possibilidade de redução da transmissão²⁷.

Considerações final

Ao realizar esse estudo verificou-se que a maior parte dos trabalhos científicos relatam que o câncer de colo de útero é um problema de saúde pública no Brasil e no mundo, sendo uma das principais causas de morte. Desta maneira, é de fundamental importância o rastreamento efetivo para a detecção precoce dessa infecção, evitando alterações celulares que possam evoluir ao câncer. Se diagnosticada e tratada precocemente, reduz a morbimortalidade, por isso é necessária a realização periódica do exame preventivo (Papanicolau).

Em princípio, observa-se a importância do tratamento e prevenção primários do câncer de colo de útero, diminuindo o risco de contágio pelo *Papilomavirus* (HPV). Deste modo, são realizadas campanhas que incluem

intervenções de saúde como a vacinação nos adolescentes e o uso de preservativos nas relações sexuais. A vacinação contra o HPV é o primeiro passo para redução dos casos de câncer do colo de útero.

Concluimos que o investimento em educação na saúde, tendo como público-alvo crianças e pré-adolescentes, de 9 a 13 anos, é a melhor forma de combate ao HPV, devido ao desenvolvimento de anticorpos nessa faixa etária. Isto, reforça a necessidade da vacinação. Bem como, atuação dos profissionais de saúde, em especial dos enfermeiros, com objetivo de estabelecer um vínculo entre os equipamentos públicos (UBS, UPA, hospitais etc.), seus agentes e a sociedade (entidades familiares), com o foco de envolver os adolescentes e os conscientizar da necessidade da vacinação e do uso de preservativos durante as relações sexuais.

Agradecimento

Essa pesquisa não recebeu financiamento para sua realização.

Referências

- 1-Organização Mundial da Saúde, World Health Organization (Brasil).[internet] Cervical cancer. WHO; 2019. [citado:20 nov 2021] Disponível em:<https://www.who.int/cancer/prevention/diagnosis-screening/cervical-cancer/en/>
- 2 -Instituto Nacional do Câncer (Brasil). Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil. (Brasília, DF). INCA, 2019.[citado:13 nov 2021] Disponível em:<https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/estimativa-2020-incidencia-de-cancer-no-brasil>
- 3 -Núcleo de Saúde NUTES PE (Brasil). Qual a relação entre HPV e câncer do colo do útero? [internet]. (Brasília, DF) NUTES PE, 2019.Disponível em: <https://aps.bvs.br/aps/qual-a-relacao-entre-hpv-e-cancer-do-colo-do-utero/> Último acesso:29 ago. 2021
- 4 - Organização Mundial da Saúde, World Health Organization (Brasil) Câncer hoje [internet]gco.iarc.fr. citado [31 agosto 2021] disponível em:<https://gco.iarc.fr/today/home>
- 5 - Instituto Nacional De Câncer José Alencar Gomes Da Silva (INCA). Estimativa 2020: incidência do Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2019. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//>. Último Acesso em: 12 maio 2021
6. Instituto Nacional De Câncer José Alencar Gomes Da Silva (INCA). Detecção precoce. INCA 2021. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/en/node/1194>
- 7 -Renna NL, Silva GA e. Tendências temporais e fatores associados ao diagnóstico em estágio avançado de câncer do colo uterino: análise dos dados dos registros hospitalares de câncer no Brasil,2000-2012 Epidemiologia e Serviços de Saúde2018[citado:08 nov 2021];27(2).. Disponível em:<https://www.scielo.org/article/ress/2018.v27n2/e2017285/>
- 8 - Rodrigues M, Moraes M de. Exame citopatológico do colo uterino: descrição dos principais indicadores em um município nordestino. Revista Ciência Plural[internet] 2020 ;6(3):108-22; [citado:25 out 2021] Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/rcp/article/view/20698>

- 9 – Tiensoli SD, Felisbino-Mendes MS, Velasquez-Melendez G. Avaliação da não realização do exame Papanicolaou por meio do Sistema de Vigilância por inquérito telefônico. Revista da Escola de Enfermagem da USP [internet]. 2018 Nov 23;52(0)[citado:08 nov 2021. Disponível em:<https://www.scielo.br/j/reeusp/a/7C6FcYZ68xHRQRhDD3kyCTy/?lang=pt&format=pdf>
- 10-Teixeira Boa Sorte Fernandes E, Rosendo do Nascimento E, Ferreira SL, de Almeida Cardoso Coelho E, Rangel da Silva L., Oliveira de Jesus Pereira. Prevenção do câncer do colo uterino de quilombolas à luz da teoria de Leininger. Revista Gaúcha de Enfermagem [online]. 2018, v. 39, e2016-0004. [citado 08 nov 2021] Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2016-0004>>. Epub 28 maio 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/HJKgbgy7Y5p8j6Rw5Rh37jC/?lang=pt#>
- 11 – HPV e o câncer de colo do útero-OPAS/OMS | Organização Pan-Americana da saúde [online]. 2018. oct:13 [citado 16 set 2021] Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/hpv-e-cancer-do-colo-do-utero>
- 12 – Organização Mundial da Saúde. Câncer [internet] [citado 01 de abril 2021] disponível em: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer>.
- 13 – INCA Instituto Nacional de câncer (ministério da saúde) 09/08/2021 Como os HPV são transmitidos. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/perguntas-frequentes/como-os-hpv-sao-transmitidos> Último acesso em: 15 Set 2021
- 14 – Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Coordenação-Geral do Programa Nacional de Imunizações. Informe técnico da ampliação da oferta das vacinas papilomavírus humano 6, 11, 16 e 18 (recombinante) - vacina HPV quadrivalente e meningocócica C (conjugada) [Internet]. 2018 [acessado em 05 abril 2021]. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/marco/14/Informe-T--cnico-HPV-MENINGITE.pdf>.
- 15 – Marques T da S, Tavares SJCR, Lauar JA de G, Longo C da S, Siqueira R. HPV e a prevenção do câncer de colo de útero em Porto Seguro-BA. Revista De Saúde Dom Alberto [Internet]. 30 de dezembro de 2018 [citado em 25 de out de 2021]; 3 (2): 48–62. Disponível em: <http://revista.domalberto.edu.br/index.php/revistadesaudedomalberto/article/view/56/43>
- 16 – Oliveira AK, Jacyntho CM, Tso FK, Boldrini NA, Speck NM, Peixoto RA, et al. Infecção pelo HPV – Rastreamento, diagnóstico e conduta nas lesões HPV-induzidas. Femina. 2020;49(3):166-72. [citado:02 março de 2021] Disponível em: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/05/1224082/femina-2021-493-p166-172-infeccao-pelo-hpv-rastreamento-diagno_yCxEOCj.pdf
- 17 – Carvalho NS de, Silva RJ de C, Val IC, Bazzo ML, Silveira MF, et al Protocolo Brasileiro para Infecções Sexualmente Transmissíveis 2020: infecção pelo papilomavírus humano (HPV). Epidemiologia e serviço de saúde, Brasília, [internet] 2021;30(Esp.1)e;2020790, 2021. [citado:20 nov 2021] Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/xLM3FTG5mnTM8kHT7b8HLpn/?format=pdf&lang=pt>
- 18 – Silveira NSP, Vasconcelos CTM, Nicolau AIO, Oriá MOB, Pinheiro PNC, Pinheiro AKB. Conhecimento, atitude e prática sobre o exame colpocitológico e sua relação com a idade feminina. Rev. Latino-Am. Enfermagem. [internet] 2016; 24:2699 [citado:02 março 2021] Disponível em http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/pt_0104-1169-rlae-24-02699.pdf
- 19 – Maciel N de S, Luzia FJM, Ferreira D da S, Ferreira LCC, Mendonça V de M, Oliveira AWN, et al. Busca ativa para aumento da adesão ao exame Papanicolaou Rev enferm UFPE on line. 2021;15:(1)e245678 [citado:20 nov 2021] Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/245678>

20 – Grando AS, Rosa L da Bortoluzzi EC, Baruffi LM, Doring M.et al. Conhecimento e prática do exame citopatológico de colo uterino entre acadêmicas de diferentes áreas Rev enferm UFPE on line. 11(Supl. 8):3206-13, ago., 2017[citado:21 nov 2021]. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/bde-33223>

21 – Hartmann LIPP, Araújo BE, Bazzano ABRM, Castro LS, Oliveira JCDS, Castro LS. Registros dos exames colpocitológicos nas estratégias de saúde da família. Revista Univap.[internet] 17º de dezembro de 2018;24(46):61-73.[citado:25 out 2021] Disponível em:<http://revista.univap.br/index.php/revistaunivap/article/view/1995>

22 –Melo WA de, Peloso SM, Alvarenga A, Carvalho MD de B. Fatores associados a alterações do exame citopatológico cérvico-uterino no Sul do Brasil. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil.[internet] 2017 ;17(4):637-43.[citado: 21 nov 2021]Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/rr8TbgJSFrcLhRPgXM65Gzw/?lang=pt&format=pdf>

23 – Brito LMO, Chein MB da C, Monteiro SCM, Corrêa R da GCF, Oliveira MMHN de, Silva FRS, et al. Papiloma vírus humano (HPV) e sua associação entre lesões cervical e anal em mulheres. J Health Biol Sci.(online) 2016 Jul-Set; 4(3):174-180. [citado em 20 nov 2021]Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-876852>

24- Oliveira PS de, Gonçalves CV, Watte G, Costa JSD da. Cobertura vacinal contra papiloma vírus humano (HPV) e fatores associados em acadêmicas de uma universidade do sudoeste goiano. Revista de Saúde Pública [Internet]. 8 de novembro de 2021 [citado:24 de nov de 2021]; 55. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/cNj4M3nmTfBRWwfNGZ7StV/?lang=pt>

25 – Silva PMC, Silva IMB, Interaminense IN da CS, Linhares FMP, Serrano SQ, Pontes CM. Conhecimento e atitudes sobre o Papilomavírus humano e a vacinação, Esc Anna Nery[internet] 2018;22(2):e20170390;[citado:21 Nov 2021] Disponível em;<https://www.scielo.br/j/ean/a/R4HvzH5Lsx76nv3jNN4S4VC/?lang=pt#>

26 – Sicari DA, Hermann A, Linhares LA, Rodrigues IG, Borela IC, Resende LG, et al. Imunização contra HPV de meninas de escolas públicas e privadas. Revista Master Ano 2018 | Vol. 3. | N.5 | 29-36[citado:21 nov 2021] Disponível em: <https://revistamaster.imepac.edu.br/RM/article/view/28/10>

27- Moro A, Santos CL, Couto MP de, Ávila LB de,Ditterich RG, Mazon LM. Coberturas vacinais do papiloma vírus humano no contexto brasileiro. Saúde e meio ambient.: rev.Interdisciplinar [internet]. 2017 ;6(2):124-32.[citado: 01 nov 2021] Disponível em: <http://www.periodicos.unc.br/index.php/sma/article/view/1528>

Autor de correspondência

Aldenora Aparecida Farias de Almeida
Universidade Paulista de Brasília
SGAS 913 Conjunto B. CEP: 70390-130- Asa Sul.
Brasília, Distrito Federal, Brasil.
aldenoraafa@gmail.com

Eficácia da Clorexidina na Higiene Bucal para Prevenção de Pneumonia Associada a Ventilação Mecânica

Effectiveness of Chlorhexidine in Bucal Hygiene for the Prevention of Pneumonia Associated with Mechanical Ventilation

Eficacia de la Clorhexidina en la Higiene Bucal para la Prevención de Neumonía Asociada a la Ventilación Mecánica: Revisión Narrativa

Natália Rebeca Veras Santos Valentim¹, Magali Hiromi Takashi², Maria Rosimery de Carvalho³

Como citar: Valetim NRVS, Takashi MH, Carvalho MR. Eficácia da Clorexidina na Higiene Bucal para Prevenção de Pneumonia Associada a Ventilação Mecânica. REVISA. 2022; 11(3): 314-25. Doi: <https://doi.org/10.36239/revisa.v11.n3.p314a325>

REVISA

1. Faculdade Metropolitana. Recife, Pernambuco, Brasil.

<https://orcid.org/0000-0003-0619-0610>

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

<https://orcid.org/0000-0001-7774-7178>

3. Instituto Oswaldo Cruz. Recife, Pernambuco, Brasil.

<https://orcid.org/0000-0002-9588-1204>

Recebido: 25/04/2022

Aprovado: 13/06/2022

RESUMO

Objetivo: Analisar as evidências disponíveis sobre a eficácia da clorexidina na higiene bucal para prevenção de pneumonia associada a ventilação mecânica (PAVM). **Método:** estudo de revisão de literatura, tipo narrativa, no qual foram avaliadas as publicações referentes ao período de 2008 a 2021, indexados na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) no State National Library of Medicine (PubMed/MEDLINE). **Resultados:** Seleção de 18 artigos, categorizados em duas amostras de acordo com o controle do biofilme bucal, classificados em nível de evidência e sumarizados. **Conclusão:** Apesar das pesquisas sobre os cuidados orais e PAVM serem abundantes, existe uma falta de consenso em relação a frequência, aos dispositivos mecânicos e a concentração da clorexidina. Quanto ao controle químico, a clorexidina, seja na forma de gel ou como enxaguante nas concentrações de 0,12% ou 0,2%, administrados a cada doze horas reduziram a ocorrência da PAVM. Enquanto os métodos mecânico/químico mais adequados são aqueles que oferecem a escovação associada a sucção, em um mesmo dispositivo, seja escova ou esponja de sucção, ambas associadas ao uso da clorexidina. **Descritores:** Clorexidina; Higiene Bucal; Unidade de Terapia Intensiva.

ABSTRACT

Objective: to analyse the available evidences on the efficacy of chlorhexidine in oral hygiene aiming to prevent cases of ventilator-associated pneumonia (VAP). **Method:** study of literature review, narrative type, in which papers from 2008 to 2021, published in the Virtual Health Library (VHL) in the State National Library of Medicine (PubMed/MEDLINE) were analysed. **Results:** Selection of 18 papers, categorized in two samples according to the control of oral biofilm, then classified by level of evidence and summarized. **Conclusion:** In spite of research on oral care and VAP being plenty, it lacks consensus regarding mechanical devices and concentration of chlorhexidine. As for chemical control, chlorhexidine, whether given as gel or mouthwash in concentration levels of 0.12% or 0.2%, being given every twelve hours, has decreased the occurrence of VAP, while the most suitable mechanical/chemical methods are those that provide brushing and suction in the same device, whether by brush or suction sponge, both associated with the use of chlorhexidine. **Descriptors:** Chlorhexidine; Oral Hygiene; Intensive Care Unit.

RESUMEN

Objetivo: analizar las evidencias disponibles sobre la eficacia de la clorhexidina en la higiene bucal para prevención de neumonía asociada a ventilación mecánica (NAVM). **Métodos:** estudio de revisión de la literatura, tipo narrativa, en el cual fueron evaluadas las publicaciones que hacen referencia al periodo de 2008 a 2021, indexados en la Biblioteca Virtual en Salud (BVS) de la Biblioteca Nacional Estatal de Medicina (PubMed/MEDLINE). **Resultados:** Selección de 18 artículos, categorizados en dos muestras de acuerdo con el control de biopelícula oral, clasificados por nivel de evidencia y sumariados. **Conclusión:** A pesar de que las investigaciones sobre los cuidados orales y NAVM son abundantes, hay una falta de consenso en lo que concierne a la frecuencia, los dispositivos mecánicos y la concentración de clorhexidina. Respecto al control químico, la clorhexidina, sea en la forma de gel sea como enjuague en las concentraciones de 0,12% o 0,2%, administrados a cada doce horas redujeron la ocurrencia de NAVM. Mientras los métodos mecánicos/químicos más adecuados son los que ofrecen el cepillado asociado a la succión, en un mismo dispositivo, por cepillo o esponja de succión, ambos asociados al uso de clorhexidina. **Descritores:** Clorhexidina; Higiene Oral; Unidad de Terapia Intensiva.

REVISÃO

Introdução

A pneumonia associada à ventilação (PAV) é definida como aquela que se desenvolve no período de 48 horas após iniciar a ventilação mecânica (VM) e até 48 horas após a extubação. É uma doença infecciosa de diagnóstico impreciso e multicausal. Constitui uma das infecções mais comuns nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI), e estão relacionadas ao aumento no tempo de hospitalização, maior morbidade e elevação da mortalidade, o que afeta significativamente os custos hospitalares.¹⁻³

Estas colonizações de bactérias são responsáveis por 15% das infecções relacionadas à assistência à saúde - IRAS e aproximadamente 25% de todas as infecções adquiridas nas UTIs. A inoculação do trato respiratório inferior, a princípio estéril, rotineiramente ocorre por aspiração de secreções, colonização do trato aerodigestivo ou o uso de equipamentos ou medicações contaminadas. O desenvolvimento do biofilme é um processo natural comumente encontrado nas superfícies dos dentes e no dorso da língua. Fatores de risco para PAV abrangem intubação prolongada, alimentação enteral, aspiração testemunhada, agentes paralisantes, doenças de base e extremos de idade.⁴⁻⁷

Ponderando que a microbiota da cavidade bucal representa uma ameaça aos pacientes críticos, algumas estratégias para prevenir a colonização têm sido estudadas, como a aplicação de antibióticos tópicos não absorvíveis. Embora a pesquisa sobre os cuidados orais e PAV é abundante, há uma falta de consenso em relação à técnica, a frequência, a escolha do agente farmacológico e a sua concentração.⁶⁻⁹

A equipe de enfermagem é a responsável pela realização dos cuidados orais em pacientes mecanicamente ventilados. A implementação de medidas profiláticas eficazes são a base para a prevenção desta pneumonia, que é considerada uma grave patologia. Neste sentido o enfermeiro deverá, em conjunto com a equipe multidisciplinar, prestar cuidados contínuos a pacientes com quadros clínicos complexos e de alto risco.³¹

Diante do exposto, procuramos na prática baseada em evidências o referencial teórico para amparar este estudo, uma vez que sua abordagem disponibiliza a aplicação sistemática de evidência científica disponível para a avaliação de opções e tomada de decisão no cuidado integral do paciente.⁶

Nesse sentido, o objetivo desse estudo foi analisar as evidências disponíveis sobre a eficácia da clorexidina na higiene bucal para prevenção de pneumonia associada a ventilação mecânica.

Método

Trata-se de um estudo de revisão de literatura do tipo narrativa, no qual pode-se sintetizar e resumir as informações encontradas nas pesquisas bibliográficas que foram publicadas no período corresponde aos anos de 2008 a 2021.

As bases de dados utilizadas nas pesquisas foram: Medline, Lilacs e PubMed. Utilizando os descritores da biblioteca virtual de saúde: Clorexidina, higiene bucal e unidade de terapia intensiva. A coleta de dados se deu no mês de março de 2019. Têm-se como critérios de inclusão artigos originais completos, publicados em revista de enfermagem, nos idiomas Português e Inglês que

abordassem a temática do estudo. Foram identificados 18 artigos. Os quais foram lidos na íntegra, sumarizados e resumidos para posterior discussão.

Na coleta de dados bibliográficos foi aplicado um formulário que extraiu dos artigos informações importantes como objetivo, metodologia, tipo de pesquisa, resultados, conclusões e nível de evidência. A classificação do nível de evidência foi realizada com base na literatura usando-se critérios de avaliação estabelecidos entre um e sete.⁹⁻¹⁰

- Nível de evidência 1: resultantes de revisão sistemática ou meta-análise de ensaios clínicos randomizados controlados;
- Nível de evidência 2: evidências derivadas de pelo menos um ensaio clínico randomizado controlado bem delineado;
- Nível de evidência 3: ensaios clínicos bem delineados sem randomização;
- Nível de evidência 4: estudos de coorte e de caso controle bem delineados;
- Nível de evidência 5: originárias de revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos;
- Nível de evidência 6: derivadas de um único estudo descritivo ou qualitativo;
- Nível de evidência 7: oriundas de opinião de autoridades e/ou relatório de comitês de especialistas.

Resultados

A amostra do estudo gerou duas categorias temáticas, as quais serão apresentadas a seguir:

- O controle químico do biofilme bucal:
Dos dezoito artigos contidos na amostra, oito (44,4%), evidenciaram o uso da Clorexidina em diferentes concentrações, na prevenção da PAVM .
- O controle mecânico e químico do biofilme bucal:
Dos dezoito artigos contidos na amostra, dez (55,5%), evidenciaram o uso da Clorexidina associada a dispositivos de remoção mecânica, na prevenção da PAVM.

Conforme demonstrado na tabela I, observamos as principais informações extraídas dos artigos selecionados referentes ao uso químico e mecânico/químico da clorexidina na prevenção de PAV, distribuídos de acordo com práticas de enfermagem, classificados de acordo com a publicação, delineamento, nível de evidência (NE) e intervenções realizadas.

Quadro 1 - Distribuição das práticas de enfermagem relacionadas ao controle do biofilme bucal, classificados de acordo com a publicação, delineamento, nível de evidência (NE) e intervenções realizadas. 2021

Prática de enfermagem	Autores/Título/País/Ano de publicação	Delineamento	NE	Intervenção
Controle químico do biofilme dental	Souza AF, Guimarães AC, Ferreira EF. Evaluation of the implementation of new protocol of oral hygiene in an intensive Care center for prevention of pneumonia associated with mechanical ventilation. Brasil, 2013. ¹²	Relato de Experiência	6	Substituição da solução de cloreto de cetilpiridínio a 0,05% pela solução de clorexidina a 0,12%
	Guimarães GR, Queiroz APG, Ferreira ACR. Instituição de um Protocolo de Higiene Bucal Em Pacientes Internados No CTI Do Husf.Brasil, 2016. ¹³	Estudo prospectivo	4	Clorexidina a 0,12% de 12/12H (PerioPlak,REYMER)
	Chen Y, Mao E, Yang Y, Zhao S, Zhu C, Wang X, Jing F, Sheng H, Zhu C, Wang X, Jing F, Sheng H. Prospective Observational Study To Compare Oral Topical Metronidazole Versus 0.2% Chlorhexidine Gluconate To Prevent Nosocomial Pneumonia. China, 2016. ¹⁴	Estudo prospectivo	4	Metronidazol 0,08 a cada 12horas X Clorexidina 0,2% 12/12H
	Bosca I, Berar C, Marincean AM, Petrisor C, Ionescu D, Hagau N. The Impact of 0.5% Chlorhexidine Oral Decontamination on the Prevalence of Colonization and Respiratory Tract Infection in Mechanically Ventilated Patients. Preliminary Study. Romênia, 2013. ¹⁵	Estudo de coorte	4	Clorexidina 0,5% 6/6H X 12/12H
	Tang H, Chao C, Leung P, Lai C. An Observational Study to Compare Oral Hygiene Care With Chlorhexidine Gluconate Gel Versus Mouthwash to Prevent Ventilator-Associated Pneumonia.Taiwan, 2017. ¹⁶	Estudo prospectivo	4	Enxaguatório bucal com 0,2% de Clorexidina 3 vezes ao dia X 0,2% de gel Gluconato de Clorexidina 3 vezes ao dia
Controle mecânico e químico do biofilme dental	Cabov T., Macan D., Husedžinović I., Skrlin-Šubić J. Sestan-Crnek S., Perić B., Kovač Z., Golubović V. The impact of oral health and 0.2% chlorhexidine oral gel on the prevalence of nosocomial infections in surgical intensive-care patients: a randomized placebo-controlled study. Croácia. 2010. ¹⁷	Randomizado, duplo-cego.	2	Gel de clorexidina 0,2% 3 vezes ao dia X Gel placebo 3 vezes ao dia.
	Chlorhexidine decreases the risk of ventilator-associated pneumonia in intensive care unit patients: a randomized clinical trial. Turquia. 2012. ¹⁸	Randomizado, controlado, duplo-cego	2	Solução salina 4 vezes ao dia X clorexidina 0,12% 4 vezes ao dia
	Triamvisit S., Maneewan C., Bunturat P., Wongprasert W., Limpassatan K., Kasatpibal N., Euathrongchit J. Results of an Evidence-Based Care Bundle for Reducing Ventilator-Associated Pneumonia (VAP) in Neurosurgical Patients. Tailândia. 2016. ¹⁹	Estudo Prospectivo	4	Clorexidina 0,12% 4 vezes ao dia

Controle mecânico e químico do biofilme dental	Vidal CFL, Vida KL, Monteiro JGM, Cavalcanti A, Trindade AP, Oliveira M, Godoy M, Coutinho M, Sobral PD, Dutra P, Vilela BG, Leandro MA, Montarroyos U, Ximenes RA, Lacerda H. Impact of Oral Hygiene Involving Toothbrushing Versus Chlorhexidine in the Prevention of Ventilator-Associated Pneumonia: A Randomized Study. ²⁰	Estudo prospectivo, randomizado	2	solução de clx 0,12% a cada 12 horas X Escova de dentes e gel de clx 0,12% a cada 12 horas
	Chacko R, Rajan A, Lionel P, Thilagavathi M, Yadav B, Premkumar J. Oral Decontamination Techniques and Ventilator-associated Pneumonia. Índia, 2017. ²¹	Ensaio clínico randomizado duplo-cego	2	Esponja com CLX 0,2%, 3x ao dia X escova de dentes, cateter de sucção descartável Yankauer e uma seringa descartável. gluconato de clorexidina a 0,2%
	Chacko R, Rajan A, Lionel P, Thilagavathi M, Yadav B, Premkumar J. Oral Decontamination Techniques and Ventilator-associated Pneumonia. Índia, 2017. ²¹	Ensaio clínico randomizado duplo-cego	2	Esponja com CLX 0,2%, 3x ao dia X escova de dentes, cateter de sucção descartável Yankauer e uma seringa descartável. gluconato de clorexidina a 0,2%
	Conley P, McKinsey D, Graff J, Ramsey AR. Does an Oral Care Protocol Reduce Vap in Patients With a Tracheostomy? Estados Unidos, 2013. ²²	Estudo prospectivo	4	Escovação com pasta de dentes e aplicando Gluconato de Clorexidina solução 0,12% a cada 12 horas
	Cutler RL, Sluman P. Reducing ventilator associated pneumonia in adult patients through high standards of oral care: A historical control study. Inglaterra, 2014. ²³	Controle Histórico	4	Escovação com creme dental e clorexidina a 1%.
	Munro CL, Grap MJ, Jones DJ, Deborah J, McClish DK, Sessler CN. Chlorhexidine, Toothbrushing, and Preventing Ventilator-Associated Pneumonia in Critically Ill Adults. Estados Unidos, 2009. ²⁴	Estudo randomizado, controlado, com duplo delineamento experimental.	2	Clorexidina 0,12% com zaragatoa 2 vezes por dia X Escovação 3 vezes por dia X Escovação + clorexidina X Cuidados orais habituais.
	Lev A, Aied AS, Arshed S. The effect of different oral hygiene treatments on the occurrence of ventilator associated pneumonia (VAP) in ventilated patients. Israel, 2015. ²⁵	Estudo prospectivo, controlado.	4	Escova de sucção + bicarbonato de sódio + Peróxido de hidrogênio a 1,5% + hidratação bucal X Esponja de clorexidina.
Controle mecânico e químico do biofilme dental	Zhao L, Liu L, Chen J, Yang C, Nie J, Zhang M. Ventilator bundle guided by context of JCI settings can effectively reduce the morbidity of ventilator-associated pneumonia. China, 2017. ²⁶	Estudo prospectivo, controlado	4	Algodão com Clorexidina X Esponja de sucção com clorexidina

Discussão

A clorexidina é um antimicrobiano que tem efetiva ação contra placa bacteriana, gengivite e é biocompatível com os tecidos da cavidade oral, sendo considerado padrão-ouro na linhagem dos antissépticos bucais. Seu uso na descontaminação seletiva da orofaringe pode reduzir a incidência da pneumonia, pois inibe a colonização bacteriana. Entretanto, pode levar à resistência de microorganismos e só deve ocorrer em situações de alto risco.^{10,30-31}

Os dezoito artigos relataram que o uso da clorexidina na prevenção de PAVM tem sido amplamente estudado, entretanto, sendo implementada como agente químico ou associada a método mecânico para controle do biofilme bucal, fragmentando os artigos em duas categorias.

Na primeira categoria, oito artigos estudaram a clorexidina como agente químico, na prevenção de PAVM. Destes, três (37,5%) utilizaram-na duas vezes ao dia, um (12,5%) comparou o uso da clorexidina administrada quatro vezes ao dia versus duas vezes ao dia, dois (25%) analisou o seu uso três vezes ao dia e dois (25%) investigou a clorexidina administrada quatro vezes ao dia.¹¹⁻¹⁸

As concentrações da clorexidina também foram observadas nos oito artigos, sendo que três (37,5%) utilizaram a clorexidina a 0,12%, quatro (50%) utilizaram a concentração de clorexidina a 0,2% e um (12,5%) utilizou a clorexidina a 0,5%.¹¹⁻¹⁸

Pesquisadores, compararam o metronidazol a 0,08% com a clorexidina a 0,2%, ambos aplicados a cada 12 horas, em 873 pacientes na Terapia Intensiva, agregado a protocolo de atendimento padrão na prevenção da pneumonia. Os pacientes elegíveis foram divididos em 4 períodos: período M (metronidazol a 0,08%) e período C (clorexidina a 0,2%), que foi fracionado em três momentos C1, C2 e C3. A ocorrência de PAVM nos pacientes intubados durante o período M foi de 62,5%, diminuindo significativamente para 47,6%, 36,7%, e 17,2% ao ano nos 3 anos subsequentes. Tornando evidente a importância do uso da clorexidina na prevenção de PAVM.¹³

Os efeitos antimicrobianos da clorexidina a 0,5% administrada a cada 6 horas e a cada 12 horas, foram estudados, em UTI com pacientes ventilados mecanicamente e perceberam que não foram encontradas diferenças significativas entre estas abordagens. Porém a amostra composta por apenas 30 pacientes limita a relevância deste estudo.¹⁴

Ponderando sobre a abordagem exclusiva da clorexidina a 0,12% a cada 12 horas, dois artigos tiveram resultados diferentes. Em um estudo, o gluconato de clorexidina a 0,12% no protocolo de higiene bucal incorporado no bundle de prevenção da PAVM teve impacto significativo na redução das taxas desta infecção respiratória de 33,3% para 3,5%. Por outro lado, o uso do gluconato de clorexidina a 0,12% (Perioplak, REYMER) a cada 12 horas em pacientes ventilados mecanicamente, não diminuiu significativamente a incidência de pneumonia. Todavia, os pesquisadores relataram que este procedimento é um desafio para equipe de enfermagem pois são os envolvidos na execução da higiene bucal diariamente, no entanto, esses cuidados não foram priorizados no cotidiano da enfermagem neste CTI.¹¹⁻¹²

A clorexidina a 0,2% administrada três vezes ao dia, foi objeto de dois estudos, ambos evidenciaram a diminuição da incidência de infecções nasocomiais, menor tempo de internação e menor taxa de mortalidade. O valor

do gel foi mais barato que o da solução, tornando-o a melhor escolha, pois mostrou-se mais eficaz, e mais barato além de demandar menor tempo da equipe de enfermagem.¹⁵⁻¹⁶

Analisando os resultados obtidos em dois estudos observou-se que o uso tópico da clorexidina a cada quatro horas reduz a incidência da PAVM. Pesquisadores implantaram o protocolo *Suandok Neurosurgical Critical Care Bundle – SNCCB*, que utiliza a clorexidina a 0,12% a cada seis horas, além de outras medidas. E reduziram a taxa de PAVM por 1.000 dias de ventilação de 39,55% para 13,3%.¹⁷⁻¹⁸

Um estudo randomizado, controlado, duplo-cego, foi realizado com 61 pacientes objetivando comparar a higiene oral com solução salina (n=32) e higiene oral com clorexidina a 0,2% (n=29), ambas administradas quatro vezes ao dia. A taxa de PAVM no grupo que utilizou a solução salina foi de 68,8%, contrastada com 41,4% do grupo que usou clorexidina.¹⁷

Na segunda categoria, dez artigos foram estudados, quanto ao controle químico e mecânico do biofilme bucal realizado pela equipe de enfermagem em terapia intensiva.¹⁹⁻²⁸

Pesquisadores conduziram um estudo prospectivo, randomizado, realizado para verificar se a higiene bucal através da escovação mais clorexidina em gel a 0,12% reduz a incidência de PAVM, tempo de VM, tempo de internação e taxa de mortalidade em UTI, quando comparado à higiene bucal apenas com clorexidina, solução de 0,12%, sem escovação, em indivíduos adultos ventilados mecanicamente. A amostra foi composta de 213 pacientes, 108 foram randomizados para o grupo controle e 105 para o grupo intervenção. Os resultados obtidos mostraram que, entre os pacientes submetidos à escovação dentária, houve redução significativa no tempo de VM e tendência a reduzir a incidência de PAVM e tempo de permanência na UTI, embora sem significância estatística.¹⁹

Com o objetivo de avaliar a higiene bucal com escovação e creme dental duas vezes ao dia, escovação com gel de clorexidina a 1% quatro vezes ao dia e aspiração orofaríngea em pacientes submetidos a ventilação mecânica foi realizado um estudo de controle histórico, com 1.087 pacientes, evidenciando redução de 50% da ocorrência de PAVM. Pesquisadores avaliaram os efeitos da higiene bucal utilizando escovação com pasta de dentes associada a solução de clorexidina a 0,12% a cada 12 horas e sucção por cateter Yankauer. A amostra foi composta por 75 pacientes e os resultados mostraram que este método não reduziu significativamente a ocorrência da PAVM.²¹

Por outro lado, um estudo, prospectivo, randomizado, 'duplo-cego' foi realizado com 212 pacientes randomizados em 02 grupos, o grupo controle, com 106 pacientes usando Clorexidina 0,2% e o grupo experimental, também com 106 pacientes utilizando escova de dentes com clorexidina a 0,2% associada à cateter de sucção descartável Yankauer e seringa descartável. Não foi evidenciado diferença entre os métodos. Porém o uso de critérios de exclusão rigorosos, tornaram os episódios de PAVM na população de estudo substancialmente inferior, possivelmente comprometendo a análise dos resultados.²⁰

A relação da higiene bucal com a redução das taxas de PAVM, também foi pesquisada por um estudo randomizado, controlado, com duplo delineamento experimental que distribuiu 547 pacientes em quatro grupos, o primeiro utilizou clorexidina a 0,12% com zargatoa bucal duas vezes ao dia, o segundo realizou

escovação três vezes ao dia, o terceiro combinou a escovação três vezes ao dia com a clorexidina a cada doze horas e o quarto utilizou os cuidados habituais. O artigo evidenciou que a clorexidina 0,12% com zaragatoa bucal foi eficaz na redução da PAVM, que a escovação não reduziu a incidência de PAVM e que o uso combinado de escovação e clorexidina não forneceu benefício adicional sobre o uso sozinho da clorexidina.²³

A implementação de um regime de higiene global foi investigada em 90 pacientes divididos em dois grupos, o primeiro (grupo de estudos, n=45) implementou um regime de higiene global com escova de sucção, bicarbonato de sódio, peróxido de hidrogênio a 1,5% e hidratante bucal, já o segundo (grupo controle, n=45) realizou tratamento convencional com esponja e clorexidina a 0,2%. A incidência de PAVM no grupo de estudo foi de 8,9% em comparação com 33,3% do grupo controle. Evidenciando que a higiene global reduz de forma eficaz a ocorrência da PAVM. Contudo, a natureza não cega do estudo tem potencial de introduzir viés.²⁶

Analisando os resultados obtidos em dois artigos, observou-se que o uso da esponja de sucção com clorexidina na higiene bucal de pacientes adultos, sob ventilação mecânica, reduziu a incidência de PAVM, com resultados estatisticamente significativos. Em um estudo pesquisadores distribuíram 899 pacientes em dois períodos. O período 1 (n=425), utilizou espuma com clorexidina, enquanto o período 2 (n=474) fez uso da esponja de sucção e clorexidina. Nos pacientes do período 1, a incidência da PAVM foi de 12,8%, comparada a 8,5% do período 2. Contudo no período 1 os custos anuais foram calculados em US\$ 475,00 e no período 2 em US\$ 12.882,00. Porém no hospital onde foi realizado o estudo, para cada infecção de PAVM, o gasto foi de aproximadamente US\$ 37.920,00.²⁶

Por outro lado, um estudo realizado por um grupo de pesquisadores para avaliar a higiene oral com algodão embebido em clorexidina confrontando como dispositivo de esponja de sucção embebido em clorexidina, ambos associados a um *budle* ventilatório guiado pela *Joint Commission International* (JCI). A incidência de mau hálito, resíduo de sujeira e placa foram significativamente menores no grupo que usou a esponja com sucção e clorexidina. Mau hálito 10% versus 40%, resíduo de sujeira 16,7% versus 70%, placa 3,3 % versus 30%. Os casos de PAVM por mil dias de VM foram reduzidos de 17 para 3,5 casos. O estudo conclui que o pacote de ventilação pode de fato reduzir a morbidade por PAVM e cuidado bucal como a esponja de sucção e clorexidina pode efetivamente melhorar a higiene oral.²⁵

A escova elétrica foi outro objeto de investigação entre as pesquisas analisadas. Estudo prospectivo longitudinal randomizado duplo-cego comparou a higiene oral com clorexidina (GS) versus a higiene oral com clorexidina associada a escova elétrica (GR). Foram incluídos no estudo 147 pacientes, sendo 73 no grupo padrão clorexidina e 74 no grupo raspall (clorexidina + escova elétrica). A incidência de PAVM por 1000 dias de ventilação mecânica foi de 25,89 dias no o grupo padrão e 20,68 dias no grupo raspall, logo há uma tendência a diminuição da ocorrência de PAVM no grupo raspall.²⁸

Em contrapartida, neste estudo, prospectivo, simples-cego randomizado, 147 pacientes foram distribuídos em dois grupos. O primeiro, grupo padrão (n=73), realizou cuidados orais com clorexidina a 0,12% a cada 8 horas, o segundo, grupo escovava os dentes (n=74), utilizou os cuidados orais padrões

mais escova elétrica. Foi documentado episódio de PAVM em 73,3% do grupo escova de dentes em comparação aos 55,6% do grupo padrão. A intervenção foi simples e segura, mas não se mostrou eficaz na prevenção de PAVM.²⁷

Os cuidados bucais na terapia intensiva são de extrema importância, tendo em vista a imobilidade imposta ao paciente ventilado mecanicamente e a diversidade microbiana da cavidade oral, possibilitando elevadas taxas de PAVM. No sentido de diminuir a incidência de PAVM, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, preconiza o uso da clorexidina a 0,12%.⁴

A PAVM está associada ao aumento dos custos na saúde, morbidade e mortalidade, portanto, são necessários outros estudos, em grupos maiores, com maior relevância estatística que investigue o uso da clorexidina oral associada, ou não, a outros dispositivos e que demandem tempo adequado da equipe de enfermagem, pois devido à complexidade deste público de pacientes, o profissional de enfermagem inúmeras vezes estará sobrecarregado, bem como o custo financeiro para a instituição.

Conclusão

A revisão narrativa possibilitou a construção de uma síntese das práticas relacionadas à higiene bucal do paciente em estado crítico de saúde. O número de publicações permitiu comparar uma diversidade de práticas relacionadas a diminuição do biofilme bucal objetivando diminuir a incidência da PAVM. Apesar das pesquisas sobre os cuidados orais e PAVM serem abundantes, existe uma falta de consenso em relação a frequência, aos dispositivos mecânicos e a concentração da clorexidina.

Quanto ao controle químico, a clorexidina, seja na forma de gel ou como enxaguante nas concentrações de 0,12% ou 0,2%, administrados a cada doze horas reduziram a ocorrência da PAVM. Apesar da falta de uniformidade em relação a quantidade de vezes em que se deve realizar o procedimento e a concentração do fármaco a ser utilizado, estes resultados mostram que as instituições buscam utilizar as últimas evidências, sobre o uso deste antimicrobiano.

Diante dos achados desta revisão, os métodos mecânico/químico mais adequados são aqueles que oferecem a escovação associada a sucção, em um mesmo dispositivo, seja escova ou esponja de sucção, ambas associadas ao uso da clorexidina.

Ficou evidente que a escovação, de forma isolada, não trouxe benefícios na redução da infecção, no entanto o uso isolado da clorexidina mostrou-se benéfica na redução da PAVM.

No tocante a prática clínica, podemos afirmar que esta revisão colabora com a implementação de novos protocolos que visam melhorar os cuidados orais na prevenção da PAVM em pacientes criticamente enfermos.

Agradecimento

Essa pesquisa não recebeu financiamento para sua realização.

Referências

1. Byers JF, Sole ML. Analysis of factors related to the development of ventilator-associated pneumonia: use of existing databases. *Am J Crit Care*. 2000 set.; 9(5):344-9.
2. Tablan OC, Anderson LJ, Besser R, Bridges C, Hajjeh R. Recommendations of CDC and the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee [Internet]. *MMWR Recomm Rep*. 2004 [citado 2021 Jul. 15];53(RR-3):1-36. Disponível em: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.221.4803&rep=rep1&type=pdf>
3. Camargo LFA, organizador. Diretrizes Sobre Pneumonia Associada à Ventilação mecânica (PAV) [Internet]. São Paulo: Office, 2006 [citado 2021 Jul. 15]. 20 p. Disponível em: <https://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/000002333b7Xqvm.pdf>
4. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Brasília: Anvisa, 2017.
5. Associação Paulista de Epidemiologia e Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (APECIH). Um Compêndio de Estratégias para a Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde em Hospitais de Cuidados Agudos [Internet]. São Paulo: Editora Office, 2008 [citado 2021 Jul. 15]. Disponível em: <https://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/000002333b7Xqvm.pdf>
6. Beraldo CC, Andrade D. Higiene Bucal Com Clorexidina Na Prevenção De Pneumonia Associada À Ventilação Mecânica. São Paulo: *J bras pneumol*. 2008 set. [citado 2021 Jul. 15];34(9). doi: <https://doi.org/10.1590/S1806-37132008000900012>
7. Oliveira LCBS, Carneiro PPM, Fischer RG, Tinoco EMB. A presença de patógenos respiratórios no biofilme bucal de pacientes com pneumonia nosocomial. *Rev. bras. ter. intensiva*. 2007 dez. [citado 2021 Jul. 15];19(4):428-33. doi: <https://doi.org/10.1590/S0103-507X2007000400004>
8. Polit DF, Beck CT. Fundamentos da pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem. 7. ed. Porto Alegre: ArtMed; 2011.
9. McCoy LC, Wehler CJ, Rich SE, Garcia RI, Miller DR et al. Adverse events associated with chlorhexidine use: Results from the Department of Veterans Affairs Dental Diabetes Study. *The Journal Of The American Dental Association*. 2008 fev. jul. [citado 2021 Set. 20];139(2):178-83. doi: <http://dx.doi.org/10.14219/jada.archive.2008.0134>
10. Gondim FM, Gomes IP, Firmino F. Prevenção e tratamento da mucosite oral. *Rev. enferm. UERJ*. 2010 jan./mar. [citado 2021 Ago. 10];18(1):67-74. Disponível em: <https://docplayer.com.br/12247463-Prevencao-e-tratamento-da-mucosite-oral.html>
11. Souza AF, Guimarães AC, Ferreira EF. Avaliação da implementação de novo protocolo de higiene bucal em um centro de terapia intensiva para prevenção de pneumonia associada à ventilação mecânica. *Revista Min. Enferm*. 2013 jan./mar. [citado 2021 Ago. 15];17(1):177-84. doi: <http://dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20130015>
12. Guimarães GR, Queiroz APG, Ferreira ACR. Instituição de um Protocolo de Higiene Bucal em Pacientes Internados no CTI do HUSF [Internet]. *Braz J Periodontol*. 2017 mar.

[citado 2021 Ago. 15];27(1):7-10. Disponível em: http://www.interativamix.com.br/SOBRAPE/arquivos/2017/marco/REVPERIO_MAR%C3%87O_2017_PUBL_SITE_PAG-07_A_10%20-%2027-03-2017.pdf

13. Chen Y, Mao EQ, Yang YJ, Zhao SY, Zhu C, Wang XF et al. Prospective observational study to compare oral topical metronidazole versus 0.2% chlorhexidine gluconate to prevent nosocomial pneumonia. *American Journal Of Infection Control*. 2016 out. [citado 2021 Ago. 22];44(10):1116-22. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajic.2016.03.054>

14. Bosca ID, Berar C, Aton F, Mărincean AM, Petrisor C, Ionescu D, et al. The Impact Of 0.5% Chlorhexidine Oral Decontamination on the Prevalence of Colonization and Respiratory Tract Infection in Mechanically Ventilated Patients: Preliminary Study [Internet]. *Revista Societatii Române de Pneumologie*. 2013 out./dez. [citado 2021 Ago. 22];62(4):217-21.

15. Tang HJ, Chao CM, Leung PO, Lai CC. An Observational Study to Compare Oral Hygiene Care With Chlorhexidine Gluconate Gel Versus Mouthwash to Prevent Ventilator-Associated Pneumonia. *Infection Control & Hospital Epidemiology*. 2017 fev. 8 [citado 2021. Ago. 22];38(5):631-2. doi: <http://dx.doi.org/10.1017/ice.2017.24>

16. Čabov T, Macan D, Husedžinović H, Škrilin-Šubić J, Bošnjak D, Šestan-Crnek S et al. The impact of oral health and 0.2% chlorhexidine oral gel on the prevalence of nosocomial infections in surgical intensive-care patients: a randomized placebo-controlled study. *Wiener Klinische Wochenschrift*. 2010 jul. [citado 2021 Ago. 22];122(13-14):397-404. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s00508-010-1397-y>

17. Özçaka Ö, Başoğlu ÖK, Buduneli N, Taşbakan MS, Bacakoğlu F, Kinane DF. Chlorhexidine decreases the risk of ventilator-associated pneumonia in intensive care unit patients: a randomized clinical trial. *Journal Of Periodontal Research*. 2012 fev. 29 [citado 2021 Ago. 26];47(5):584-92. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1600-0765.2012.01470.x>

18. Triamvisit S, Maneewan C, Bunturat P, Wongprasert W, Limpassatan K, Kasatpibal N et al. Results of an Evidence-Based Care Bundle for Reducing Ventilator-Associated Pneumonia (VAP) in Neurosurgical Patients. *J Med Assoc Thai*. 2016 set. [citado 2021 Ago. 26]; 99(9):1014-9.

19. Vidal CFL, Vidal AKL, Monteiro JUNIOR JGM, Cavalcanti A, Henriques APC, Oliveira M et al. Impact of oral hygiene involving toothbrushing versus chlorhexidine in the prevention of ventilator-associated pneumonia: a randomized study. *Bmc Infectious Diseases*. 2017 jan. 31 [citado 2021 Ago. 26];17(1):2-9. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/s12879-017-2188-0>

20. Chacko R, Amala Rajan, Prabha Lionel, M Thilagavathi, Bijesh Yadav, Jeyarani Premkumar. Oral decontamination techniques and ventilator-associated pneumonia. *British Journal of Nursing*. 2017 jun. 8 [citado 2021 Ago. 02];26(11):594-9. doi: <http://dx.doi.org/10.12968/bjon.2017.26.11.594>

21. Weiss MD, Wasdell MB, Bomben MM, Rea KJ, Freeman RD. Sleep Hygiene and Melatonin Treatment for Children and Adolescents With ADHD and Initial Insomnia. *Journal of The American Academy Of Child & Adolescent Psychiatry*. 2006 maio [citado 2021 Ago.];45(5):512-9. doi: <http://dx.doi.org/10.1097/01>

22. Cutler LR, Sluman P. Reducing ventilator associated pneumonia in adult patients through high standards of oral care: A historical control study. *Intensive And Critical Care Nursing*. 2014 abr. [citado 2021 Ago. 14];30(2):61-8. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.iccn.2013.08.005>
23. Munro CL, Grap MJ, Jones DJ, McClish DK, Sessler CN. Chlorhexidine, Toothbrushing, and Preventing Ventilator-Associated Pneumonia in Critically Ill Adults. *Am J Crit Care*. 2009 set. [citado 2021 Ago. 14];18(5):428-37. doi: <http://dx.doi.org/10.4037/ajcc2009792>
24. Lev A, Aied AS, Arshed S. The effect of different oral hygiene treatments on the occurrence of ventilator associated pneumonia (VAP) in ventilated patients. *Journal Of Infection Prevention*. 2014 dez. 10 [citado 2021 Ago. 17];16(2):76-81. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/1757177414560252>
25. Lili Z, Lili L, Jing C, Caili Y, Jianjian N, Minwei Z. Ventilator bundle guided by context of JCI settings can effectively reduce the morbidity of ventilator-associated pneumonia [Internet] [citado 2019 Mar. 15]. Disponível em: http://med.wanfangdata.com.cn/Paper/Detail?id=PeriodicalPaper_PM28743340.
26. Ory J, Raybaud E, Chabanne R, Cosserant B, Faure JS, Guérin R et al. Comparative study of 2 oral care protocols in intensive care units. *American Journal of Infection Control*. 2017 mar. [citado 2021 Set. 15];45(3):245-50. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajic.2016.09.006>
27. Pobo A, Lisboa T, Rodriguez A, Sole R, Magret M, Treffer S et al. A Randomized Trial of Dental Brushing for Preventing Ventilator-Associated Pneumonia. *Chest*. 2009 ago. [citado 2021 Set. 20];136(2):433-9. doi: <http://dx.doi.org/10.1378/chest.09-0706> . Epub 2009 maio 29.
28. Biosca AR, Saperas LA, Grau NG, Rico LR, Guillén MCV. Prevención de la neumonía asociada a la ventilación mecánica: estudio comparativo de dos métodos de higiene oral. *Enfermería Intensiva*. 2011 jul. [citado 2021 Set. 20];22(3):104-11. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.enfi.2010.10.003>
29. Guimarães MMQ, Rocco JR. Prevalence of ventilator-associated pneumonia in a university hospital and prognosis for the patients affected. *J. bras. pneumol*. 2006 out. Jul. [citado 2021 Set. 20];32(4):339-46. doi: <https://doi.org/10.1590/S1806-37132006000400013>
30. Oliveira TC, Azevedo AS. Eficácia da higiene oral na prevenção de pneumonia associada à ventilação mecânica. *Perspectivas online*. 2016 nov. [citado 2021 Set. 28];21(6):20-4. doi: <https://doi.org/10.25242/886862120161024>
31. Almeida JAB, Martins J JL, Assis VE. O papel do enfermeiro na prevenção da pneumonia associada à ventilação mecânica na unidade de terapia intensiva. *Barbacena [Graduação em Enfermagem] – Universidade Presidente Antônio Carlos; 2012.*

Autor de correspondência

Natália Rebeca Veras Santos Valentim
Faculdade Metropolitana
Av. Barreto de Menezes, 809. CEP: 54360-160,
Piedade. Recife, Pernambuco, Brasil.
nataliarveras@gmail.com

Práticas de Autocuidado dos Idosos com Doença Crônica em tempos da COVID-19

Self-care Practices in Elderly People with Chronic Disease Amid COVID-19 Pandemic

Prácticas de autocuidado para ancianos con enfermedades crónicas en tiempos de COVID-19

Beatriz dos Santos Oranje¹, Deyvylan Araujo Reis²

Como citar: Oranje BS, Reis DA. Práticas de Autocuidado dos Idosos com Doença Crônica em tempos da COVID-19. REVISA. 2022; 11(3): 326-40. Doi: <https://doi.org/10.36239/revisa.v11.n3.p326a340>

REVISA

1. Universidade Federal do Amazonas.
Manaus, Amazonas, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0002-5239-1707>

2. Universidade Federal do Amazonas.
Manaus, Amazonas, Brasil.
<http://orcid.org/0000-0001-9314-3745>

Recebido: 25/04/2022
Aprovado: 23/06/2022

RESUMO

Objetivo: analisar as evidências científicas sobre as práticas de autocuidado de idosos com doença crônica em tempo de pandemia da COVID-19. **Método:** trata-se de uma revisão integrativa da literatura, que compreendeu buscas nas bases de dados eletrônicas LILACS, BDENF, SciELO, MEDLINE, CINAHL, WOS e Science Direct, no período de 2020 a 2022, tendo como descritores controlados o DeCS e o MeSH. **Resultados:** cinco artigos foram selecionados para análise, os quais apontaram mudanças de hábitos e mecanismos de autocuidado, bem como dificuldades para a realização de atividades básicas e instrumentais da vida diária, além do impacto na dieta e prática de exercícios, assim como aspectos relacionados a fatores socioeconômicos e à saúde mental. **Considerações finais:** para que haja manutenção dessas práticas de forma satisfatória, a colaboração entre profissionais da saúde e idosos deve existir, por meio da educação em saúde e das ações de intervenção e cuidado na atenção especializada, a fim de que a dieta adequada seja mantida, além de uma regularidade na realização de exercícios físicos e manutenção das terapias medicamentosas, como também independência e autonomia aos idosos quanto ao próprio cuidado.

Descritores: Idosos; Doença Crônica; Autocuidado; Covid-19.

ABSTRACT

Objective: To analyze the scientific evidence on the self-care practices of the elderly with chronic illness in the time of the COVID-19 pandemic. **Method:** This is an integrative literature review, carried out using the databases LILACS, BDENF, SCIELO, MEDLINE, CINAHL, WEB OF SCIENCE and SCIENCE DIRECT, from literature published in the period between 2020 and 2022, having as controlling descriptors the DeCS and MESH. **Results:** Five articles were selected for analysis, which showed changes in habits and self-care mechanisms, such as difficulties in performing basic and instrumental activities of daily living, in addition to the impact on diet and exercise, as well as aspects related to socioeconomic factors and mental health. **Final Considerations:** In order for these practices to be maintained satisfactorily, collaboration between health professionals and the elderly must exist, through health education and care interventions on specialized care, so that an adequate diet is maintained, as well as as there is a regularity in the accomplishment of physical exercises and maintenance of the pertinent drug therapies in order to provide discernment and autonomy of the own care to the elderly.

Descriptors: Elderly; Chronic Disease; Self-care; COVID-19.

RESUMEN

Objetivo: Analizar las evidencias científicas sobre las prácticas de autocuidado de los ancianos con enfermedad crónica en tiempos de la pandemia de COVID-19. **Método:** Esta es una revisión integradora de la literatura, que comprende búsquedas en las biblioteca virtuales LILACS, BDENF, SCIELO, MEDLINE, CINAHL, WEB OF SCIENCE y SCIENCE DIRECT, de 2020 a 2022, con los descriptores controlados DeCS y MESH. **Resultados:** Se seleccionaron cinco artículos para el análisis, que evidenciaron cambios en los hábitos y mecanismos de autocuidado, como dificultades para realizar las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, además del impacto en la alimentación y el ejercicio, así como aspectos relacionados con factores socioeconómicos y salud mental. **Consideraciones finales:** Para que estas prácticas se mantengan satisfactoriamente, debe existir una colaboración entre los profesionales sanitarios y los ancianos, a través de la educación sanitaria y de acciones de intervención y atención centradas en la atención especializada, de forma que se mantenga una alimentación adecuada, así como una regularidad en la la realización de ejercicios físicos y mantenimiento de las terapias farmacológicas pertinentes a fin de proporcionar discernimiento y autonomía del propio cuidado a los ancianos.

Descritores: Ancianos; Enfermedad Crónica; Autocuidado; COVID-19.

Introdução

O envelhecimento populacional é caracterizado pelo aumento proporcional entre a população idosa e adulta e do decréscimo no número de crianças e jovens existentes. A nível mundial, a expansão do envelhecimento populacional teve início com a Revolução Industrial, fato que levou a um processo de desaceleração no ritmo do crescimento populacional. Em relação à população brasileira, houve melhora no tempo de vida relativo, representado por um maior número de pessoas envelhecendo do que nascendo, demonstrado pela redução das taxas de fecundidade, pela diminuição da média de filhos por mulher e pelo decréscimo do nível de mortalidade ^{1,2}.

Tanto no âmbito mundial, quanto no nacional, houve um aumento da expectativa de vida devido à melhora nas condições de higiene, através de medidas como a implementação de vacinas e o uso de antibióticos, por exemplo, que proporcionaram um desenvolvimento significativo em direção às melhores condições e qualidade de vida no decorrer dos anos ³.

Entretanto, devido à urbanização e ao crescimento econômico e social, mesmo com a redução nas condições infecciosas agudas, a sociedade enfrenta o dilema das doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT), caracterizadas por afetarem pessoas de todas as classes sociais, e que tem como fatores de risco a raça, o sexo, a presença de dislipidemias, o consumo excessivo de álcool e o sedentarismo por exemplo, atingindo majoritariamente àqueles com baixa renda, menor índice de escolaridade e baixo acesso aos serviços de saúde. ⁴⁻⁶

As DCNT são consideradas como uma das principais causas de morte no mundo e podem ocorrer devido às alterações nas condições de qualidade de vida ou a fatores de risco que podem ser evitáveis ou não, sendo a hipertensão arterial e o diabetes as doenças mais prevalentes entre os idosos no Brasil, com uma proporção de pessoas que referiram algum diagnóstico representativa de 56,6% e 21,9%, respectivamente, devido a fatores como a baixa qualidade dos hábitos alimentares, ao tabagismo e ao etilismo, por exemplo, práticas indicativas quanto à origem e causa do adoecimento da pessoa idosa ^{4,6-7}.

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica que pode provocar alterações funcionais e estruturais de órgãos, como o coração, o cérebro, os rins e os vasos sanguíneos, e alterações metabólicas, geralmente associado a diabetes tipo 2, sendo a diabetes mellitus (DM) a denominação dada a um grupo de doenças metabólicas caracterizadas pela hiperglicemia devido à deficiência na secreção de insulina e/ou em sua ação ⁸⁻¹⁰.

Ainda hoje, mesmo com o cuidado às doenças crônicas, ainda existe a possibilidade de existirem outros agravos causados por fatores externos, tais como o acometimento por doenças infecciosas agudas e graves, tal qual a COVID-19, doença causada pelo vírus SARS-CoV-2 e transmitida por meio do contato direto, indireto ou próximo com pessoas infectadas com o vírus, sintomáticas ou assintomáticas, através de secreções como saliva e secreções ou gotículas respiratórias, que são expelidas quando uma pessoa infectada tosse, espirra ou fala e que pode provocar sintomas gripais e até mais graves, como a dispnéia, o desconforto respiratório, a queda na saturação de oxigênio e cianose perioral e em face ^{11,12}.

Um estudo demonstrou que os casos muito mais graves acometiam idosos, cuja ocorrência se dava, em sua maioria, devido à preexistência de comorbidades, tendo em vista que 64,3% dos pacientes diagnosticados com COVID-19, entre os casos avaliados, possuíam algum tipo de comorbidade agravante ao quadro clínico, tais como a HAS (30%) e o DM (12,1%), o que representa maior chance de um acometimento grave a tal população caso haja exposição ao referido vírus ¹³.

Segundo relatos, a hiperglicemia associada à infecção por COVID-19, pode reduzir a capacidade do sistema respiratório, devido a elevação dos níveis de glicose a nível epitelial, além de uma exacerbada formação de produtos de glicação avançada e disfunção das imunoglobulinas, podendo ainda o vírus ligar-se a um receptor pancreático e provocar a diminuição do índice glicêmico a níveis baixíssimos, podendo indicar um índice prognóstico de possíveis complicações graves, aumentando o risco de mortalidade ¹⁴.

Em relação às funções cardíacas, estudos identificaram a possibilidade do vírus utilizar o mesmo receptor da enzima 2 de conversão a angiotensina (ACE2) para entrar na célula, apontando ainda que pacientes hipertensos apresentaram níveis anormais de vários indicadores, como linfopenia e inflamação, e nas funções cardíacas, indicando uma baixa taxa prognóstica para melhora e até aumento na propensão a casos fatais para pacientes hipertensos ^{15,16}.

Tais doenças são consideradas crônicas e requerem atenção no cuidado e manejo próprios, devido à gravidade com que podem vir a cursar. Assim, o autocuidado pode ser definido como a manutenção por uma pessoa adulta das condições de vida, das próprias necessidades e do equilíbrio das necessidades básicas, realizando medidas de prevenção e promoção à saúde, sendo as práticas de autocuidado relacionadas aos conhecimentos e práticas ensinadas e aprendidas que estimulam a própria capacidade em atender tais necessidades de saúde ^{17,18}.

Caso o indivíduo não possa manter as práticas de autocuidado ou esteja incapacitado para fazê-lo devido a questões de saúde debilitada, recomenda-se que haja auxílio mediado por profissionais da saúde por meio de orientações e acompanhamento ¹⁹.

A motivação para a realização do estudo em questão advém da necessidade de acompanhamento de pacientes na manutenção da saúde em condições crônicas e de um correto manejo das práticas de autocuidado, a fim de buscar entender como a pandemia da COVID-19 afetou essas práticas, levando a uma possível autonegligência devido à elevada preocupação com a COVID-19 e a baixa procura para identificação e acompanhamento no tratamento das doenças crônicas. Em pesquisas nos bancos de dados, compreendendo o período de 2020 a 2021, evidências apontaram uma lacuna no conhecimento em artigos acerca da prática do autocuidado em pacientes com doenças crônicas no período da pandemia da covid-19, objeto desta investigação.

O estudo tem como objetivo analisar as evidências científicas sobre as práticas de autocuidado de idosos com doença crônica em tempo de pandemia da covid-19.

Método

Trata-se de um estudo de revisão integrativa da literatura, que seguiu seis etapas: elaboração da questão norteadora, busca ou amostragem na literatura, coleta de dados, análise crítica dos estudos incluídos, interpretação dos resultados e apresentação da revisão integrativa ²⁰.

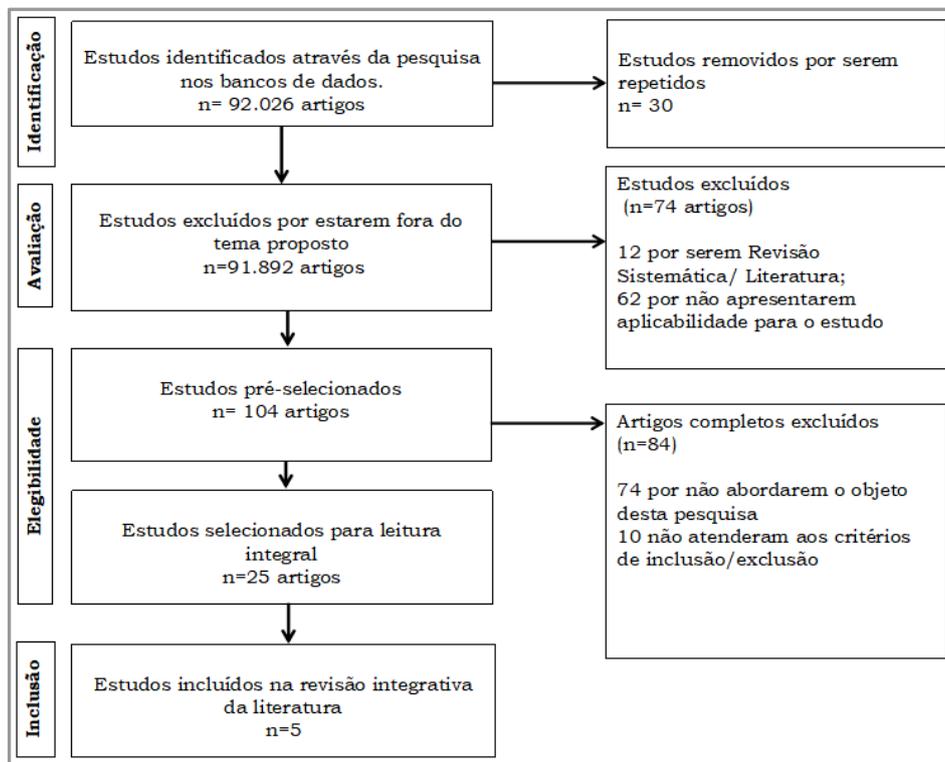
A questão de pesquisa da revisão integrativa da literatura surgiu da estratégia PICo, um acrônimo em que P significa população, I- interesse, Co- contexto, elementos fundamentais da questão de pesquisa para revisão integrativa da literatura ²¹. Atendendo às recomendações da Estratégia PICo, a pergunta da busca bibliográfica para a proposta do estudo de revisão integrativa foi: Quais são as evidências científicas publicadas sobre as práticas de autocuidado (I) dos idosos com Doença Crônica (P) em tempo de pandemia da COVID-19(Co)?

A coleta de dados ocorreu nos meses de novembro de 2021 a janeiro de 2022, quando foram realizadas as buscas nas bases de dados eletrônicas Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Base de Dados de Enfermagem (BDENF), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL), *Web Of Science* (WOS) e *Science Direct*, utilizado-se os descritores controlados Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e *Medical Subject Headings* (MeSH), e a lógica booleana com os operadores "OR" (aditivo) e "AND" (delimitador).

Os critérios de inclusão foram artigos científicos publicados na íntegra, no período de abril de 2020 a janeiro de 2022, disponíveis eletronicamente, em português, inglês e espanhol, que atendessem ao objetivo desta pesquisa. Foram obtidos 92.026 artigos, tendo sido excluídos 91.892 artigos por serem estudos repetidos e revisões de literatura, estudos reflexivos e relatos de experiência, tendo sido realizada uma revisão por pares.

Após a realização da busca na base de dados e biblioteca virtual, 104 artigos foram selecionados para avaliação da aplicabilidade no tema, tendo sido excluídos 74 artigos por não abordarem o objeto desta pesquisa, onde 25 artigos foram pré-selecionados para leitura na íntegra, dos quais 10 não atenderam aos critérios de elegibilidade e, finalmente, foram selecionados cinco artigos para constituir a presente revisão (Figura 1).

Figura 1- Fluxograma De Busca e Seleção Dos Estudos Nas Bases De Dados adaptado do PRISMA²²-Brasil-2022.



A avaliação crítica referente à avaliação metodológica relacionou-se à aplicação de instrumentos adaptados que conferiram diagnósticos mais precisos quanto à qualidade necessária para a observação dos artigos.

O *Critical Appraisal Skill Programme* (CASP) consiste na análise crítica a partir dos seguintes questionamentos: 1) O objetivo está claro e justificado?; 2) A metodologia é adequada?; 3) Os procedimentos teórico-metodológicos são apresentados e discutidos?; 4) A amostra do estudo foi selecionada adequadamente?; 5) A coleta de dados está detalhada?; 6) A relação entre pesquisador e pesquisados foi considerada?; 7) Os aspectos éticos da pesquisa foram considerados?; 8) A análise de dados é rigorosa e fundamentada, com especificação dos testes estatísticos?; 9) Os resultados foram apresentados claramente?; 10) A pesquisa é importante? ²³.

Esse instrumento adaptado contou com dez itens (máximo dez pontos), classificando os trabalhos com as seguintes pontuações: seis a dez pontos para boa qualidade metodológica e viés reduzido e o mínimo cinco pontos para qualidade metodológica satisfatória, com risco de viés aumentado ²⁴.

A classificação por nível de evidência, baseada em uma hierarquia, foi orientada por aspectos delimitados pela *Agency for Healthcare and Research and Quality* (AHRQ), em que puderam ser observados sete níveis, a saber: o nível I equivale à revisão sistemática ou metanálise; o nível II equivale a ensaios clínicos randomizados controlados e bem delimitados; o nível III equivale a ensaios clínicos bem delimitados não randomizados; o nível IV equivale a estudos de coorte e de caso-controle bem delimitados; o nível V equivale à revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos; o nível VI equivale a estudo

descritivos ou qualitativos e o nível VII equivale a opiniões de autoridades e/ou relatórios de comitês de especialidades ^{23,25}.

Com relação à discussão dos resultados, procedeu-se à comparação dos dados pelos achados de outros autores na literatura, com delimitações das conclusões e interferência dos pesquisadores. No que refere a apresentação da RIL foram apresentados de forma descritiva e por meio de tabela e gráfico, utilizando-se o programa *Microsoft Excel* (versão 2016).

Quanto aos aspectos éticos da pesquisa a RIL dispensa a submissão do estudo a um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

Resultados

Ente as bases de dados e bibliotecas eletrônicas, predominaram a SciELO e a MEDLINE, e o ano de 2021 apresentou uma frequência maior, analisando-se o ano de publicação. Quanto aos objetivos expostos pelos pesquisadores dos estudos, constatam-se diversos, como apresentado na Quadro I, em que entre eles, buscou-se compreender como os idosos com doenças crônicas têm convivido e lidado com a pandemia da COVID-19, além das mudanças de hábitos.

Quadro I - Caracterização da amostra selecionada no estudo. Brasil. 2022

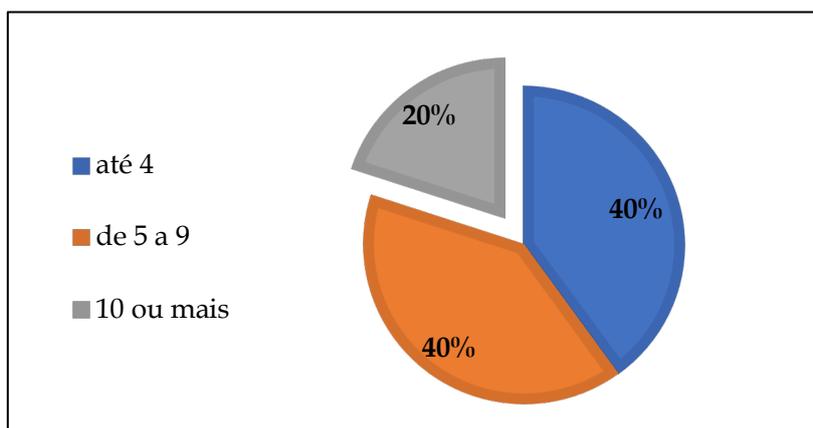
Base de dados/ Biblioteca eletrônica	Código	Título	Periódico/ Ano	Objetivo	Principais resultados
SciELO	S1	Dificuldade em atividades de vida diária e necessidade de ajuda em idosos: discutindo modelos de distanciamento social com evidências da iniciativa ELSI-COVID-19.	Cadernos de Saúde Pública 2020	Analisar se idosos com dificuldade ou necessidade de ajuda para atividades básicas ou instrumentais de vida diária estão mais distanciados socialmente em tempos de COVID-19.	Identificadas limitações na realização das ABVD ou AIVD
SciELO	S2	Hábitos de vida de pessoas com diabetes mellitus durante a pandemia de COVID-19.	Cogitare Enfermagem 2021	Caracterizar impactos do distanciamento social ocasionado pela pandemia da doença do coronavírus na vida de pessoas com diabetes mellitus.	Houve impacto no peso e atividade física Aspectos Socioeconômicos e Saúde Mental afetadas
MEDLINE	S3	Association between Fear of COVID-19 with Self-care Behaviors in Elderly: A Cross- Sectional Study	Frontiers in Psychology 2021	Determinar a associação entre o medo da COVID-19 com as práticas de autocuidado em idosos.	Medo associado à idade avançada e à percepção de risco Sintomas depressivos e ansiedade

MEDLINE	S4	What Happened to People with Non-Communicable Diseases during COVID-19: Implications of H-EDRM Policies.	International Journal of Environmental Research and Public Health 2020	Examinar as experiências de pessoas com DCNTs e seus padrões de autocuidado relevantes durante a pandemia COVID-19.	Dificuldade de acompanhamento com profissionais de saúde e na compra de suprimentos de proteção.
CINAHL	S5	Assessing acceptability and patient experience of a behavioral lifestyle intervention using fitbit technology in older adults to manage type 2 diabetes amid covid-19 pandemic: A focus group study: Focus group analysis of lifestyle intervention.	Geriatric Nursing 2021	Avaliar a aceitação e experiências de pacientes idosos com sobrepeso/obesidade e diabetes mellitus 2, durante a utilização de um dispositivo de tecnologia <i>fitness</i> através de intervenções no estilo de vida e comportamento, adaptado durante a pandemia de COVID-19.	Impacto na dieta e prática de exercícios

Foram utilizados os códigos de S1 a S5 para representar os artigos selecionados, como elemento para simplificar a identificação e apresentação destes.

Quanto ao número de autores, dois artigos apresentaram entre 4 e 7 autores (80%), e um contou com 10 autores (20%), como pode ser observado na Figura 2, em que suas formações englobavam a enfermagem, medicina, bioquímica e fisioterapia, com colaboradores que possuíam de formação técnica ao pós-doutorado. Em busca realizada no *Open Researcher and Contributor ID (ORCID)*, verificou-se que as informações acerca da formação de alguns autores estavam incompletas. Por conseguinte, consideraram-se apenas as informações disponíveis e presentes no currículo do ORCID.

Figura 2 - Número de Autores dos Artigos Selecionados - Brasil - 2022.



No que tange à caracterização dos estudos selecionados, as áreas das revistas/periódicos englobaram eixos como saúde coletiva, ciências da psicologia, interdisciplinaridade e enfermagem; quanto ao Qualis dos periódicos, B1 foi o mais recorrente, com qualificação nível 3, boa, levando-se em conta a pontuação oito, de dez, na classificação (Quadro 2).

Quadro 2 - Caracterização dos estudos selecionados, segundo idioma, delineamento metodológico, qualis do periódico, instrumento utilizado e local de estudo/participantes. Brasil, 2022.

Código	Idioma	Delineamento metodológico/ Qualis do periódico	Instrumento utilizado	Local de estudo/ Participantes	NE
S1	Português	Estudo transversal/ B1	Questionário padronizado, com informações sociodemográficas, ABVD, AIVD, necessidade de ajuda e grande região brasileira onde foi realizada/ Índice de Katz modificado/ Escala de Lawton	Brasil 4.035 participantes, com média de 70 anos de idade	VI
S2	Português	Estudo descritivo de abordagem quantitativa/B1	Questionário de Atividades de Autocuidado referentes a Diabetes, versão traduzida, adaptada e validada para a cultura brasileira (QAD)/	Brasil 102 pessoas com DM, com faixa etária na média de 41,8 anos	VI
S3	Inglês	Estudo Transversal/ A2	Questionário padronizado	Singapura, Continente Asiático 413 pessoas idosas, com faixa etária na média de 69 anos de idade	VI
S4	Inglês	Estudo de coorte, randomizado/ B1	Questionário padronizado (perguntas abertas)	Hong Kong, China 765 pessoas, com faixa etária na média de 64 anos de idade	II
S5	Inglês	Estudo de abordagem qualitativa, com método de grupo focal/ A1	Questionário semiestruturado	San Antonio, Texas, EUA 18 idosos com faixa etária na média de 72 anos de idade	VI

*NE: Nível de Evidência

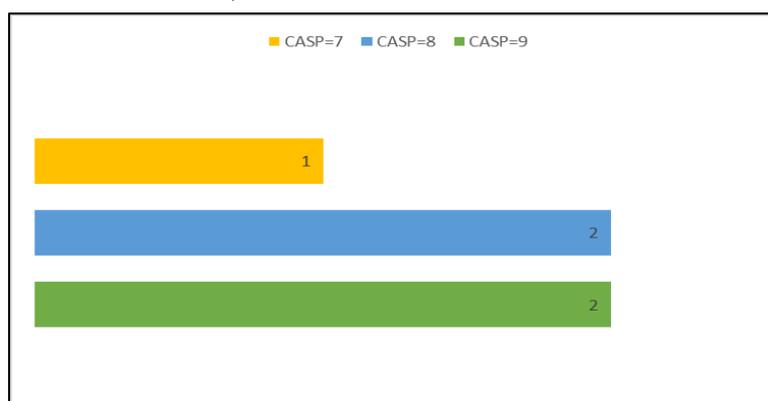
Com relação ao idioma, inglês foi o mais recorrente, e os estudos quantitativos prevaleceram, na forma de estudos transversais e de coorte, assim como randomizado, com questionários padronizados, tendo sido esse instrumento o método de pesquisa mais utilizado.

Quanto ao local de estudo, três concentraram-se no continente americano, sendo um no norte-americano, dois no sul-americano e dois no continente asiático. No que se refere à idade dos participantes de tais estudos, a média ficou compreendida na faixa entre 69 e 72 anos.

No que refere à avaliação crítica dos artigos selecionados, os artigos foram classificados, por nível de evidência e orientação, com base no instrumento da Agency for Healthcare and Research and Quality (AHRQ), como de níveis II e VI por apresentarem evidências derivadas de um estudo de coorte e randomizado e de quatro estudos descritivos ou qualitativos.

Quanto à avaliação metodológica, os artigos apresentaram escore maior ou igual a sete de acordo com análise crítica por meio do CASP, onde um artigo apresentou escore de sete e dois apresentaram escores equivalentes a oito e nove, demonstrando uma boa qualidade metodológica e viés reduzido, como pode ser observado na Figura 3.

Figura 3- Número de Artigos Selecionados Avaliados Metodologicamente segundo o CASP. Amazonas, 2022.



Discussão

Considerando a relevância e contemporaneidade da COVID-19, houve um aumento no número de publicações entre 2020 e 2022 acerca desse tema. O crescimento na produção científica a respeito dessa patologia decorreu da necessidade de expansão dos conhecimentos para direcionamento das ações a serem realizadas. Ao se analisarem as publicações disponíveis em uma base de dados, verificou-se que, mesmo havendo predominância de artigos publicados em países com maior infraestrutura científica, aqueles considerados emergentes prosseguiram na busca do conhecimento a fim de incentivar a pesquisa e a educação ²⁶.

Uma pesquisa científica, realizada na China entre janeiro e março de 2020, identificou a produção de 55 artigos, tendo sido o país com maior produção científica, com idioma predominante em inglês, em que a maioria do público estudado era constituído por adultos e idosos, que já haviam sido infectados por

COVID-19, com delineamento metodológico composto de pesquisas majoritariamente quantitativas ²⁷.

Com isso, analisando a relação entre os idosos e a pandemia do novo coronavírus, destacam-se pautas voltadas ao envelhecimento ativo e ao ageísmo, em que conceitos como autonomia e dependência se interpõem e provocam impactos em aspectos das vidas dos idosos, alguns totalmente dependentes e outros completamente autônomos. Tais aspectos impactam as práticas de organização da vida, principalmente se considerando a realidade de uma pandemia.

Por outro lado, observa-se ainda que surgiu um aumento significativo dos laços de interdependência entre familiares, salientado pela preocupação com os idosos, seus esquecimentos e sua adequação às medidas de prevenção da covid-19. Somado a isso, surgiram as dificuldades impostas pela situação de pandemia e o temor ao vírus e suas potenciais consequências para os idosos ²⁸.

Outro fator preocupante é a alta prevalência de doenças crônicas no Brasil, sendo apontadas como as doenças crônicas não transmissíveis predominantes a hipertensão e o diabetes, uma vez que são consideradas também fatores de risco para covid-19. Os idosos portadores dessas patologias possuem um perfil de saúde propenso a um alto risco de gravidade caso venham a ser infectados. Há evidências de que, por causa da pandemia, houve uma menor procura por atendimentos médicos, odontológicos ou por outros profissionais de saúde, assim como uma considerável piora do estado de saúde dessa população ²⁹.

Estudo que buscou identificar o perfil socioeconômico de idosos em uma região do Brasil evidenciou que as doenças crônicas não transmissíveis, majoritariamente a hipertensão e o diabetes, eram predominantes entre os idosos, com média de idade de 72 anos. A pesquisa buscou ressaltar a prática de autocuidado no período pandêmico, como medidas relativas a manuseio de máscaras, limpeza de superfícies domésticas com maior frequência, isolamento, distanciamento físico e manutenção de abastecimento doméstico adequado de alimentos e medicamentos. O estudo apontou níveis plenos de independência de idosos avaliados por testes aplicados por meio das escalas de Katz e Lawton, que medem as funcionalidades destes quanto à realização de atividades básicas e instrumentais da vida diária, respectivamente ³⁰.

Assim, destacam-se algumas práticas de autocuidado observadas nos estudos que compuseram a presente investigação, atentando quanto à manutenção da medicação ou suspensão, devido as dúvidas acerca da dosagem ou impossibilidade de contatar algum médico. Identificou-se ainda que houve dificuldades para que o abastecimento ocorresse, além da prática de atividades físicas e o cuidado com o estado mental devido à instabilidade financeira. Entretanto, notou-se que houve preocupação no sentido de manter os níveis de glicose adequados, no caso dos idosos com diabetes mellitus tipo 2 ³¹.

Com relação às práticas de autocuidado realizadas pelos idosos, um estudo afirma que a realização de tais medidas possibilita a autonomia destes em relação a si mesmos, pois, dessa forma, conseguem reconhecer sintomas de suas condições de saúde e até mesmo elaborar estratégias, a fim de que o desempenho dessas atividades promova a melhoria de sua saúde e condição de vida ³².

Para o âmbito do idoso com diabetes mellitus, outro estudo afirma que a prática do autocuidado ao paciente diabético relaciona-se tanto com o interesse

do idoso quanto com a atenção especializada em que está inserido. Aponta aspectos como a necessidade de consciência dos profissionais quanto às interações medicamentosas e são apontadas como medidas para os idosos a atenção à reposição adequada da medicação e o controle glicêmico, tendo em vista que uma boa manutenção da saúde proporciona menor risco e severidade em casos de infecção. Tendo em vista o panorama da pandemia como um dos piores cenários, torna-se fundamental o acompanhamento com uma equipe multidisciplinar bem-treinada e informada a fim de cuidar do idoso e esclarecê-lo quanto às medidas que deve praticar ³³.

No que tange aos aspectos relacionados à saúde mental, tópicos como a vulnerabilidade e a resiliência foram apontados, tais como o medo, o estresse, a ansiedade e a depressão, que são evidenciados como alguns dos reflexos na saúde emocional dos pacientes. Como meios de amenizar tal situação indica-se o apoio prático e emocional por parte de profissionais de saúde, além do compartilhamento de informações simples e claras acerca das condições de saúde e de doença decorrentes da pandemia. Recomenda-se ainda o fortalecimento do contato por via dos meios digitais com seus relativos e, principalmente, o estabelecimento ou a manutenção de rotinas regulares, como a prática de atividades físicas diárias e a dieta adequada, criando assim hábitos contínuos ³⁴.

Para tal, a enfermagem, que age no cuidado aos pacientes de forma integral e contínua e que possui atribuições essenciais à prática clínica, como as ações preventivas e de intervenção, na pessoa do enfermeiro gerontológico, tem papel fundamental na atuação frente à pandemia. Atua por meio dos diagnósticos de enfermagem que possibilitam a identificação dos problemas e das reais necessidades do idoso, a fim de proporcionar uma atenção adequada com a oferta de orientações e cuidados necessários, utilizando-se de uma assistência holística e humanizada ao indivíduo doente e à família deste. Além disso, deve atuar por meio de medidas como o estímulo à manutenção das atividades básicas e instrumentais da vida diária, a correta utilização de suas medicações, assim como o incentivo à promoção de atividades que fortaleçam a saúde mental e física do idoso, abrangendo seu perfil sociopsicobiológico ^{35,36}.

Apesar deste estudo haver atingido o objetivo de levantar as evidências científicas disponíveis acerca da prática de autocuidado aos pacientes idosos com doença crônica, pode-se considerar uma limitação do estudo a disponibilidade limitada de artigos relevantes para o tema, o que evidencia a necessidade de novas pesquisas, em nível de comparação quanto à avaliação dos aspectos científicos, possibilitando relacionar os dados obtidos nas literaturas nacional e internacional.

Este estudo pode contribuir para a prática baseada em evidência, por buscar analisar as evidências científicas sobre as práticas de autocuidado de idosos com doença crônica em tempo de pandemia da COVID-19 e assim aprimorar a prática em enfermagem baseada em evidências. Assim, é possível estimular o conhecimento e incentivar a realização de outros estudos relevantes tanto para a prática clínica quanto para o fortalecimento do saber científico.

Considerações finais

As doenças crônicas não transmissíveis são altamente prevalentes no grupo populacional de idosos, caracterizadas por apresentarem etiologia não infecciosa e curso prolongado, relacionando-se à associação com a deterioração fisiológica característica dessa faixa etária, sendo necessárias inclusive terapias medicamentosas contínuas para controle e manutenção do estado de saúde. Em um contexto de pandemia, evidenciam-se certos obstáculos para a manutenção de medidas que priorizem o bem-estar e a saúde, ainda mais quando tal patologia impede o funcionamento normal das atividades diárias em âmbito mundial.

As práticas de autocuidado dos idosos com doença crônica em tempo de pandemia revelaram mudanças nos hábitos e aspectos afetados em seu cotidiano e nos mecanismos de autocuidado. Entre eles se podem citar as dificuldades para a realização de atividades básicas e instrumentais da vida diária, o impacto na dieta e prática de exercícios, além dos aspectos relacionados a fatores socioeconômicos e à saúde mental.

Dessa forma, a importância da revisão integrativa de literatura contida neste estudo reside no aperfeiçoamento dos conhecimentos científicos acerca das práticas de autocuidado de forma sistematizada e estruturada, por meio do uso de um método comprovado e funcional para a convergência e até a identificação de lacunas referentes a potenciais estudos futuros.

Diante disso, a manutenção da prática de autocuidado de forma satisfatória consiste na colaboração entre profissionais da saúde e idosos, por meio da educação em saúde e das ações de intervenção e cuidado versadas na atenção especializada. Estas visam à manutenção da dieta adequada e à regularidade na realização de exercícios físicos, bem como à manutenção das terapias medicamentosas pertinentes, a fim de proporcionar discernimento e autonomia do próprio cuidado aos idosos.

Essa síntese do conhecimento trazido pelos estudos incluídos nesta revisão reforça a prática do autocuidado como uma ferramenta essencial na manutenção da saúde do paciente com doença crônica, em especial aos idosos nesse período de pandemia da covid-19. Para tanto, há necessidade de envolvimento dos profissionais de saúde. Sendo de fundamental importância a atuação da equipe de enfermagem, que presta assistência contínua por meio do contato direto com os pacientes, de forma a capacitar seus pacientes, tornando-os atentos à própria saúde. Esses profissionais precisam ter consciência de que suas práticas interferem diretamente no bem-estar físico e mental dos pacientes, esclarecendo-os com o melhor que o conhecimento e as evidências científicas podem proporcionar à pessoa idosa.

Agradecimento

Ao Programa Institucional de Bolsa de Iniciação Científica (PIBIC) da Universidade Federal do Amazonas (UFAM). Bolsa da Universidade Federal do Amazonas. PIB-S/0328/2021.

Referências

1. Cardoso E, Dietrich TP, Souza AP. Envelhecimento da população e desigualdade. *Braz. J. Political Econ.* 2021; 41(1):23-43. doi: <https://doi.org/10.1590/0101-31572021-3068>
2. Closs VES, Augustin CH. A evolução do índice de envelhecimento no Brasil, nas suas regiões e unidades federativas no período de 1970 a 2010. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, 2021; 15(3): 443-58. doi: <https://doi.org/10.1590/S1809-98232012000300006>
3. Nasri F. O envelhecimento populacional no Brasil. Einstein [internet]. 2008 [cited 18 Out. 2021]; 6(1):S4-S6. Disponível em: https://www.prattein.com.br/home/imagens/stories/Envelhecimento/envelhecimento_popu.pdf
4. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2026. IBGE; 2011. 160 p.
5. Reis C, Barbosa LMLH, Pimentel VP. O desafio do envelhecimento populacional na perspectiva sistêmica da saúde. *BNDES Set.*, 2016; 44, 87-124.
6. Melo SPC, Cesse EAP, Lira PIC, Rissin A, Cruz SBLC, Filho MB. Doenças crônicas não transmissíveis e fatores associados em adultos numa área urbana de pobreza do nordeste brasileiro. *Cien. Saude Colet*, 2019; 24(8): 3159-3168. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018248.30742017>.
7. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação de Trabalho e Rendimento. Pesquisa nacional de saúde: 2019 : percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal : Brasil e grandes regiões. IBGE; 2020. 113p.
8. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. *Arq. Bras. Cardiol.*, 2010; 95(1): I-III, 2010. doi: <https://doi.org/10.1590/S0066-782X2010001700001>
9. Weschenfelder Magrini D, Gue Martini, J. Hipertensão arterial: principais fatores de risco modificáveis na estratégia saúde da família. *Enferm. glob.*, 2012; 11(26): 344-353. doi: https://dx.doi.org/10.4321/S1695-614120120002_00022
10. Gross JL, Silveiro SP, Camargo JL, Reichelt AJ, Azevedo MJ. Diabetes Mellito: Diagnóstico, Classificação e Avaliação do Controle Glicêmico. *Arq. Bras. Endocrinol. Metabol.*, 2002; 46(1):16-26. doi: <https://doi.org/10.1590/S0004-27302002000100004>
11. Iser BP, Sliva I, Raymundo VT, Poletto MB, Schuelter-Trevisol F, Bobinski F. Definição de caso suspeito da COVID-19: uma revisão narrativa dos sinais e sintomas mais frequentes entre os casos confirmados. *Epidemiol. Serv. Saúde*, 2020; 29, (3):1-11. doi: <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742020000300018>.
12. Organização Pan-Americana da Saúde. Transmissão do SARS-CoV-2: implicações para as precauções de prevenção de infecção. Brasília (DF); 2020.

13. Zhang JJ, Dong X, Cao YY, Yuan YD, Yang YB, Yan YQ, et al. Clinical characteristics of 140 patients infected with SARS-CoV-2 in Wuhan, China. *Allergy*, 2020; 75(7):1730-1741. doi: <https://doi.org/10.1111/all.14238>.
14. Rastad H, Ejtahed HS, Mahdavi-Ghorabi A, Arzaghi M, Safari A, Shahrestanaki E, et al. Factors associated with the poor outcomes in diabetic patients with COVID-19. *J Diabetes Metab Disord.*, 2020; 19(2): 1293-1302. doi: <https://doi.org/10.1007/s40200-020-00646-6>.
15. Strabelli TMV, Uip DE. COVID-19 e o Coração. *Arq. Bras. Card.* 2020; 114(4):598-600. doi: <https://doi.org/10.36660/abc.20200209>
16. Deng Y, Xie W, Liu T, Wang S, Wang M, Zan Y, et al. Associação da Hipertensão com a Gravidade e a Mortalidade de Pacientes Hospitalizados com COVID-19 em Wuhan, China: Estudo Unicêntrico e Retrospectivo. *Arq. Bras. Card.* 2021; 117(5):911-21. Doi: <https://doi.org/10.36660/abc.20200733>.
17. George JB, Thorell AMV. Teorias de enfermagem: os fundamentos para a prática profissional. 4 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000
18. Contatore OA, Tesser CD, Barros NF de. Autocuidado autorreferido: contribuições da Medicina Clássica Chinesa para a Atenção Primária à Saúde. *Interface-Comunic., Saude, Educ.*, 2021; 25 (e200461). doi: <https://doi.org/10.1590/interface.200461>
19. Orem DE. *Nursing: Concepts of practice*. 4. ed. Saint. Louis: Mosby, 1991.
20. Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein*, 2010; v. 8(1):102-106. doi: <https://doi.org/10.1590/S1679-45082010RW1134>.
21. Barbosa D, Taminato M, Fram D, Belasco A. *Enfermagem baseado em evidências*. 1. ed. São Paulo: Atheneu, 2014.
22. Page MJ, Mckenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ.*, 2021; 372(71). doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>.
23. Souza LBC, Leal MCC, Bezerra AFB, Silva ICL, Souza LCG, Espírito Santo ACG. Fatores de postergação da aposentadoria de idosos: revisão integrativa da literatura. *Cien. Saude Colet.*, 2020; 25(10):3889-3900. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-812320202510.25702018>.
24. Casp UK. *CASP qualitative review checklist*. Oxford: CASP UK, 2018; p.4. Disponível em: <https://casp-uk.net/wp-content/uploads/2018/01/CASP-Qualitative-Checklist-2018.pdf>
25. Stetler CB, Morsi D, Rucki S, Broughton S, Corrigan B, Fitzgerald J, et al. Utilization-focused integrative reviews in a nursing service. *Appl Nurs Res.*, 1998;11(4):195-206. doi: [https://doi.org/10.1016/s0897-1897\(98\)80329-7](https://doi.org/10.1016/s0897-1897(98)80329-7).
26. Gicovate AGP, Marins ALP, Neto CG, Shimoda E. Indicadores Bibliométricos Dos Artigos Sobre “Covid-19” Na Base Scopus. *Revista FMC.*, 2020; 15(2):15-21, 2020. doi: <https://doi.org/10.29184/19807813.rcfmc.383.vol.15.n2.2020>

27. Costa ICP, Sampaio RS, Souza FAC, Dias TKC, Costa BHS, Chaves ECL. Produção científica em periódicos online sobre o novo coronavírus (COVID-19): pesquisa bibliométrica. *Texto Contexto Enferm.*, 2020; 7(0). doi: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2020-0235>
28. Matta GC, Rego S, Souto EP, Segata J. Os impactos sociais da Covid-19 no Brasil: populações vulnerabilizadas e respostas à pandemia. In: Schuch P, Víctora CG, Siqueira MD. *Cuidado e Controle na Gestão da Velhice em Tempos de Covid-19*. 1 ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2021. p. 149-157.
29. Romero DE, Muzy J, Damacena GN, Souza NA, Almeida WS, Szwarcwald CL, et al. Idosos no contexto da pandemia da COVID-19 no Brasil: efeitos nas condições de saúde, renda e trabalho. *Cad. saúde pública*, 2021; 37(3):1-16. doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00216620>.
30. Dias, FCF. Análise do impacto da educação em saúde no engajamento dos idosos sobre o autocuidado durante a pandemia do Covid-19 [dissertação]. Palmas: Universidade Federal do Tocantins; 2020.
31. Tiwari A, Kumar D, Ansari MS, Chaubey SK, Gupta NR, Agarwal V, et al. Impact of lockdown on self-care management among patients with type 2 Diabetes Mellitus residing in Lucknow city, India - A cross-sectional study. *Clin. Epidemiology Glob. Health*, 2021; 10. doi: <https://doi.org/10.1016/j.cegh.2021.100703>
32. Sun Z, Yang B, Zhang R, Cheng X. Influencing Factors of Understanding COVID-19 Risks and Coping Behaviors among the Elderly Population. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 2020; 17(16):5889. doi: <https://doi.org/10.3390/ijerph17165889>
33. Mukona DM, Zvinavashe M. Self- management of diabetes mellitus during the Covid-19 pandemic: Recommendations for a resource limited setting. *Diabetes Metab. Syndr.: Clin. Res. Rev.*, 2020; 14. doi: <https://doi.org/10.1016/j.dsx.2020.08.022>
34. Moura MLS. Idosos na pandemia, vulnerabilidade e resiliência. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, 2021; 24(1). doi: <https://doi.org/10.1590/1981-22562021024.210060>
35. Barbosa MMA, Duarte RB, Nascimento CEM, Costa JB, Lima LR, Freitas KM, et al. O protagonismo da enfermagem no cuidado ao idoso em tempos de Covid-19. *Braz. J. Dev.*, 2021; 7(8): 80075-93. doi: <https://doi.org/10.34117/bjdv7n8-292>.
36. Hammerschmidt KSA, Santana RF. Saúde do idoso em tempos de pandemia Covid-19. *Cogitare enferm.*, 2020; 25(0). Doi: doi: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v25i0.72849>

Autor de correspondência

Beatriz dos Santos Oranje

Av. General Rodrigo Octavio Jordão Ramos, 1200. CEP:
69067-005 - Coroado I. Manaus, Amazonas, Brasil.

btz.oranje@gmail.com

Evolução histórica mundial da covid-19 e suas implicações para a saúde mental da enfermagem brasileira

World historical evolution of covid-19 and its implications for the mental health of Brazilian nursing

Evolución histórica mundial del covid-19 y sus implicaciones para la salud mental de la enfermería brasileña

Diego da Costa Cardoso¹, Emily Pereira Café², Thiago Marques Rodrigues Melo³, Francidalma Soares Sousa Carvalho Filha⁴, Iel Marciano de Moraes Filho⁵

Como citar: Cardoso DC, Café EP, Melo TMR, Carvalho Filha FSS, Moraes Filho IM. Evolução histórica mundial da covid-19 e suas implicações para a saúde mental da enfermagem brasileira. REVIS. 2022; 11(3): 341-55. Doi: <https://doi.org/10.36239/revisa.v11.n3.p341a355>

REVISA

1. Universidade Paulista, Campus Brasília. Brasília, Distrito Federal, Brasil.

<https://orcid.org/0000-0001-6859-3701>

2. Universidade Paulista, Campus Brasília. Brasília, Distrito Federal, Brasil

<https://orcid.org/0000-0002-2233-2394>

3. Universidade Paulista, Campus Brasília. Brasília, Distrito Federal, Brasil.

<https://orcid.org/0000-0003-0599-6217>

4. Universidade Estadual do Maranhão, Balsas, Maranhão, Brasil.

<https://orcid.org/0000-0001-5197-4671>

5. Universidade Paulista, Campus Brasília. Brasília, Distrito Federal, Brasil.

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

Recebido: 15/04/2022
Aprovado: 23/06/2022

RESUMO

Objetivo: refletir sobre a evolução histórica da covid-19 e suas implicações para a saúde mental da enfermagem brasileira. **Método:** Estudo descritivo, tipo análise teórica reflexiva, elaborado a partir de reflexões relacionadas à evolução histórica da doença do coronavírus e suas implicações para a saúde mental da enfermagem brasileira. Foi subsidiada, através de um levantamento bibliográfico no período de fevereiro a junho de 2022, considerando publicações nos últimos 5 anos, disponíveis nas bases de dados do Portal Regional da BVS, SciELO – Brasil e Portal Periódicos Capes. **Resultados:** não houve mudanças e nem a criação de micropolíticas após o período pandêmico, inerentes as atuais políticas de saúde públicas tanto voltadas à saúde do trabalhador quanto à saúde mental. Percebe-se que houve um movimento das entidades de classe para tentar mitigar tais situações, mas os profissionais continuam adoecidos e tendo que lidar com este contexto diuturnamente. **Conclusão:** mesmo diante do fim do momento pandêmico no Brasil, o cenário que se observa entre a equipe de enfermagem, ainda é de insatisfação, medo e esgotamento emocional. Logo, necessita-se de políticas públicas nacionais que abrandem os prejuízos ocasionados, não só a equipe de enfermagem, mas a todos os trabalhadores de saúde.

Descritores: Saúde Mental; Covid-19; Enfermagem; Pandemias; Profissionais de Enfermagem.

ABSTRACT

Objective: reflect on the historical evolution of the world-19, and its implications for the mental health of Brazilian nursing. **Method:** Descriptive study, type reflective theoretical analysis, prepared from reflections related to the historical evolution of covid-19 and its implications for the mental health of Brazilian nursing. It was subsidized, through a bibliographic survey in the period from February to June 2022, considering publications in the last 5 years, available in the databases of the Regional Portal of the VHL, SciELO - Brazil and Portal Periódicos Capes. **Results:** there were no changes nor the creation of micropolicies after the pandemic period, inherent to the current public health policies both aimed at worker health and mental health, it is clear that there was a movement of class entities to try to mitigate such situations, but professionals are still sick and having to deal with these situations daily. **Conclusion:** even with the end of the pandemic moment in Brazil, the scenario observed among the nursing team is still one of dissatisfaction, fear and emotional exhaustion. Therefore, national public policies are needed to mitigate the damage caused, not only to the nursing team, but to all health workers.

Descriptors: Mental Health; COVID-19 Nursing; Pandemics; Nurse Practitioners.

RESUMEN

Objetivo: reflexionar sobre la evolución histórica del covid-19 y sus implicaciones para la salud mental de la enfermería brasileña. **Método:** Estudio descriptivo, tipo análisis teórico reflexivo, elaborado a partir de reflexiones relacionadas con la evolución histórica de la enfermedad del coronavirus y sus implicaciones para la salud mental de la enfermería brasileña. Fue subsidiado, a través de levantamiento bibliográfico en el período de febrero a junio de 2022, considerando publicaciones de los últimos 5 años, disponibles en las bases de datos del Portal Regional de la BVS, SciELO - Brasil y Portal Periódicos Capes. **Resultados:** no hubo cambios ni la creación de micropolíticas después del período de pandemia, inherentes a las actuales políticas de salud pública tanto direccionadas a la salud del trabajador como a la salud mental. Es notable que hubo un movimiento de entidades de clase para tratar de mitigar tales situaciones, pero los profesionales siguen enfermos y teniendo que lidiar con este contexto a diario. **Conclusión:** aunque se acerque el fin de la pandemia en Brasil, el escenario observado entre el equipo de enfermería sigue siendo de insatisfacción, miedo y agotamiento emocional. Por lo tanto, se necesitan políticas públicas nacionales para mitigar los daños causados, no solo al equipo de enfermería, sino a todos los trabajadores de la salud.

Descritores: Salud Mental; Covid-19; Enfermería; Pandemias; Profesionales de enfermería.

Introdução

O mundo enfrentou e está enfrentando um grande desafio na saúde diante da pandemia desencadeada pelo novo coronavírus (SARS-Cov2), que causa a doença infecciosa covid-19, sendo evidenciado pela primeira vez no ano de 2019, na província de Wuhan, na China. Diferentemente das outras doenças provocadas pelo coronavírus, a covid-19 se caracteriza como uma doença altamente transmissível entre indivíduos que podem ou não apresentar sintomas¹.

Não obstante, a Organização Mundial de Saúde (OMS) caracterizou a covid-19, em 11 de março de 2020 como pandemia. Apesar de não saber com exatidão quando apareceram os primeiros casos no Brasil, foi relatado oficialmente no dia 25 de fevereiro de 2020 em São Paulo. Já em 16 de março de 2020, foi divulgado a primeira morte provocada pelo vírus e em 22 de maio do mesmo ano, o Brasil tornou-se o segundo país com maior número de casos no mundo, perdendo apenas para os Estados Unidos. Nesta mesma data, já havia 2.227.514 casos confirmados, mais de 82 mil mortes com taxa de letalidade em torno de 3,7%^{2,3}.

Ademais, no que tange à enfermagem, segundo o Conselho Federal de Enfermagem (Cofen), o número de profissionais da área infectados teve um aumento de 660% na segunda metade do mês de abril de 2020, sendo que a maior parte destes profissionais afastados, estão entre 31 e 40 anos de idade, e 83% são mulheres, perfazendo a maior parte da categoria⁴.

Dessa forma, em virtude dessa emergência, o Cofen ordenou que a Comissão Nacional de Enfermagem em Saúde Mental realizasse atendimento por enfermeiros, doutores ou mestres, especializados em saúde mental, aos profissionais de enfermagem que atuavam na linha de frente da pandemia¹.

Tais ações foram justificadas diante do surgimento de doenças com risco elevado de morte provocadas pela covid-19, isso acarretou aos profissionais de saúde, um aumento da pressão psicológica. Visto que durante este período houve uma ampliação na jornada de trabalho, cansaço físico, carência de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs), alta transmissibilidade hospitalar e necessidade de tomadas de decisões difíceis sobre os cuidados que poderiam e podem proporcionar uma melhora no seu bem-estar físico e mental^{5,2}.

À vista disso, questiona-se como se deu a evolução histórica da covid-19 no Brasil e no mundo. E ainda, como está o cenário atual brasileiro da saúde mental dos profissionais de enfermagem que se encontram e se encontravam na linha de frente de combate à pandemia da covid-19?

Este estudo possui como relevância a reflexiva da evolução histórica mundial da covid-19 e as consequências do período pandêmico na saúde mental dos profissionais de enfermagem atuantes no Brasil e tem-se por objetivo refletir sobre a evolução histórica mundial da covid-19, e suas implicações para a saúde mental da enfermagem brasileira.

Método

Estudo descritivo, tipo análise teórico reflexiva⁶, desenvolvido a partir de duas questões norteadoras referentes à evolução histórica da covid-19 e as consequências do período pandêmico na saúde mental dos profissionais de

enfermagem atuantes no Brasil. Para subsidiar essa reflexão, foi realizado um levantamento bibliográfico no período de fevereiro a junho de 2022, considerando publicações dos últimos 5 anos, disponíveis nas bases de dados do Portal Regional da BVS, SciELO – Brasil e Portal Periódicos Capes (CAPES).

No qual foi utilizado os descritores controlados em Ciências da Saúde, em suas combinações em português, inglês e espanhol : “Saúde Mental”, “Mental Health”, “Salud Mental”; “Covid-19”, “Enfermagem”, “Nursing”, “Enfermería”; “Pandemias”, “Pandemics”, “Pandemias”; “Profissionais de Enfermagem”, “Nurse Practitioners”, “Enfermeras Practicantes”.

E por se tratar de um artigo de reflexão, com dados disponíveis nas referidas bases de dados, de domínio público, exclui-se a necessidade de submeter o estudo a trâmites éticos.

Resultados e Discussão

Não é de agora que o coronavírus circula pelo mundo, e que faz inúmeras vítimas fatais ao longo de sua história. Vindo de uma família de vírus que causam infecções respiratórias, é conhecido cientificamente como *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus* (SARS-CoV). Não obstante, há registros em sua trajetória de subdivisões denominadas de betacoronavírus que são: a síndrome respiratória aguda grave (SARS-CoV) que em 2002 acometeu mais de 8.000 pessoas com uma taxa de letalidade em torno de 10% e a síndrome respiratória do Oriente Médio (MERS-CoV) que em 2012, infectou mais de 2.500 pessoas com uma taxa de letalidade em torno de 34%^{7,8}.

Além disso, no mês de novembro de 2002, a enfermidade causada pelo vírus, despertou a atenção mundial quando as pessoas infectadas na cidade de Guangdong, na China, apresentavam uma patologia que foi inicialmente nomeada como uma “pneumonia misteriosa”, desencadeando 2.718 notificações e 111 mortes entre os períodos de março a abril de 2003⁸.

Nesse contexto, uma pesquisa sobre o SARS-CoV, publicada em dezembro de 2003, demonstrou que a Organização Mundial da Saúde (OMS) já apontava 8.096 casos da doença em 29 países culminando em 774 óbitos, na qual provocou desordens sociais e medo, fragilizando os sistemas de saúde, submergindo economias e afligindo a vida cotidiana de diversas pessoas⁸.

Ressalta-se que desde as primeiras epidemias do vírus SARS em 2003, foram evidenciados outros tipos de SARS-CoV em seu hospedeiro natural, que é o morcego, sendo que muitos destes com potencial elevado para infectar humanos e por ser considerado o principal receptor de coronavírus⁹.

Em consonância, outras especulações tendem, que a provável origem do SARS-CoV-2 se deu a partir dos morcegos, sendo que estudos em laboratórios revelaram que o SARS-CoV e SARS-CoV-2 possuem 76,9% de semelhança em seu genoma e 96% em relação ao coronavírus do morcego, posto que ambos usam a mesma enzima conversora de angiotensina II do receptor de entrada celular que o SARS-CoV. Porém, isso é apenas uma hipótese, pois o hospedeiro intermediário do SARS-CoV-2 continua desconhecido¹⁰.

No entanto, alguns anos depois, em 2005, Shiegeru Omi diretor da OMS do Pacífico reconhece através de seu relatório que o SARS-CoV estremeceria o mundo, e em virtude disso, o vírus foi denominado como a “primeira praga do

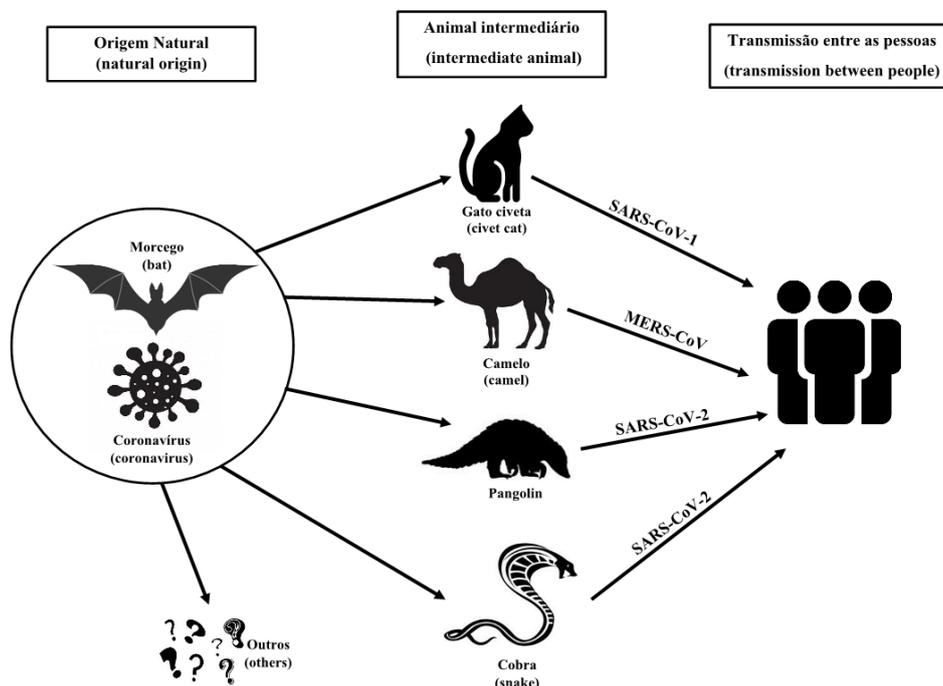
século XXI”, que apesar de infectar um número pequeno de indivíduos, contabilizou uma elevada taxa de mortalidade^{11,12}.

Todavia, também se acredita na hipótese, que em virtude de hábitos alimentares que fazem parte da cultura de alguns países, como a China, por exemplo. Na tradição chinesa, o consumo de carne de animais selvagens é considerado por eles uma prática com valor medicinal, tais como o gato civeta, o camelo, cobra, pangolim, dentre outros animais silvestres, como hospedeiros de diversas combinações de SARS-CoV ^{13,10,9}.

Dentre estes animais supracitados que podem portar genomas do SARS-CoV, umas das hipóteses é que antes do vírus chegar aos seres humanos, supostamente ocorreu uma transmissão a partir do pangolim, um mamífero bem parecido com o tatu-bola, e que é vítima de tráfico ilegal de animais selvagens. Ele foi o último animal suspeito pesquisado, tendo em vista que os cientistas encontraram uma semelhança de 99% em seu coronavírus, com o que está presente nos seres humanos, porém, ainda não houve uma confirmação científica dessa suposição⁹.

Ademais, o fato destes animais abrigarem esses patógenos, assim, acredita-se que podem ser hospedeiros que subsidiaram tais infecções como explicitado na figura 1.

Figura 1: Resumo dos caminhos das possíveis origens da covid-19. Brasil, 2022. (Pathways summary of possible origins of Covid-19) Brazil, 2022.



Fonte: Adamante et al., 2021; Zaongo, Ouattara, 2022; Rehab et al. 2022.

Não obstante, em dezembro de 2019, em Whuan, na China, o médico Li Wenliang, especialista em oftalmologia, atendeu sete pacientes com manifestações clínicas parecidas com aqueles do SARS-CoV. Ele tentou alertar alguns colegas sobre este novo surto que estava ocorrendo e pediu para que todos usassem dispositivos de segurança para evitar a contaminação, sendo que foi neste momento que o SARS-CoV-2 (covid-19) foi revelada pela primeira vez⁸.

Lamentavelmente, este aviso foi ignorado e o médico chinês foi intimidado pela polícia de Wuhan (China) sob acusações de boatos ilícitos, sendo obrigado a assinar um termo reconhecendo a sua infração e garantindo não repetir mais este ato⁸.

Diante de investigações preliminares, foram apurados que os primeiros grupos de pessoas infectadas pelo SARS-CoV-2 aconteceu no mercado de frutos do mar em Wuhan (China). À frente desta situação, o mercado foi fechado e desinfetado em 1º de janeiro de 2020¹⁰. Essa infecção ocorreu em virtude de que pequenos animais eram comercializados neste mercado de fruto do mar, sendo que a OMS em estudo ambiental preliminar, coletou amostras ambientais e os resultados deram positivos para o novo coronavírus¹⁰. Em seguida, ocorreram alertas sobre potenciais doenças emergentes de origem animal em áreas úmidas de diversos outros mercados da região de Wuhan (China), sendo que este sobreaviso não foi atendido pelas autoridades locais da região¹⁰.

De resto, o primeiro caso comunicado à OMS sobre esta nova enfermidade em Wuhan (China), só ocorreu em 31 de dezembro de 2019 e pouco ainda se sabia sobre a etiologia da nova doença e sua propagação entre pessoas. Além de tudo, este novo vírus parecia restrito apenas àquela região, após análise de uma equipe de especialistas que foi enviado pelo governo chinês à cidade⁸.

Somente no dia 5 de janeiro de 2020, depois que foram colhidas as informações repassadas pelas autoridades chinesas, a OMS divulgou as condições dos pacientes infectados, o tratamento, as medidas e as pesquisas postas em prática pelos chineses para o enfrentamento da nova doença⁸.

Mesmo diante de todo este cenário, o país se absteve da aplicação de quaisquer restrições de contenção ao vírus, inclusive permitindo viagens e livre comércio à China. Na sequência, somente após dois dias a esta data, foram anunciados pelos cientistas chineses os primeiros dados de sequenciamento genético do SARS-CoV-2 (covid-19), e no dia 11 de janeiro deste mesmo ano veio a notícia da primeira vítima fatal no país. A partir deste momento foi considerado um surto de emergência sanitária⁸.

Dessa forma, com o surgimento da mutação do novo coronavírus, o SARS-CoV-2 (covid-19), a enfermidade iria ser caracterizada como a terceira epidemia em ampla escala mundial do século atual. Diante deste contexto, em fevereiro de 2020, seria noticiado mundialmente a inauguração de um hospital em Wuhan (China), com uma área de cerca de 25.000m², com capacidade para 1.000 leitos e constituído por uma equipe médica de 1.400 pessoas, sendo que a região era o epicentro da nova doença, que havia se espalhado abruptamente⁸.

Todavia, os médicos desta cidade desconheciam o novo quadro característico de pneumonia quando tiveram o primeiro contato com as pessoas infectadas pela nova variante do SARS-CoV, sendo observados sinais e sintomas caracterizados por: tosse seca, febre alta e dispneia, e muitos destes, acabavam evoluindo para um quadro infeccioso respiratório grave⁸.

Infelizmente, as autoridades sanitárias não se atentaram à experiência vivenciada em relação à infecção populacional e óbitos provocados pelos antigos betacoronavírus (SARS-CoV e MERS-CoV) e sua alta taxa de letalidade, sendo que jamais imaginariam o colapso mundial que o novo vírus iria provocar⁸.

Além disso, em janeiro de 2020, veio a notícia que todos temiam, o SARS-CoV-2 (covid-19) havia extrapolado as divisas da China e as primeiras ocorrências da enfermidade foi noticiada na Coreia, Japão e Tailândia. Somente

a partir deste momento é que as primeiras decisões de contenção do vírus começaram a ser divulgadas e executadas ⁸.

Por conseguinte, os países vizinhos à China, começaram a fechar a suas fronteiras, com restrição à entrada de viajantes vindos da China, inclusive colocando em quarentena passageiros a bordo de navios ⁸. Diante do cenário caótico que começava a ser noticiado no mundo em virtude do novo vírus, outros países impuseram restrições a viajantes vindos da China, companhias áreas começaram a suspender seus voos de ida ao país e orientavam a saída imediata de seus cidadãos, inclusive elaborando planos de resgates nas cidades chinesas afetadas pela doença⁸.

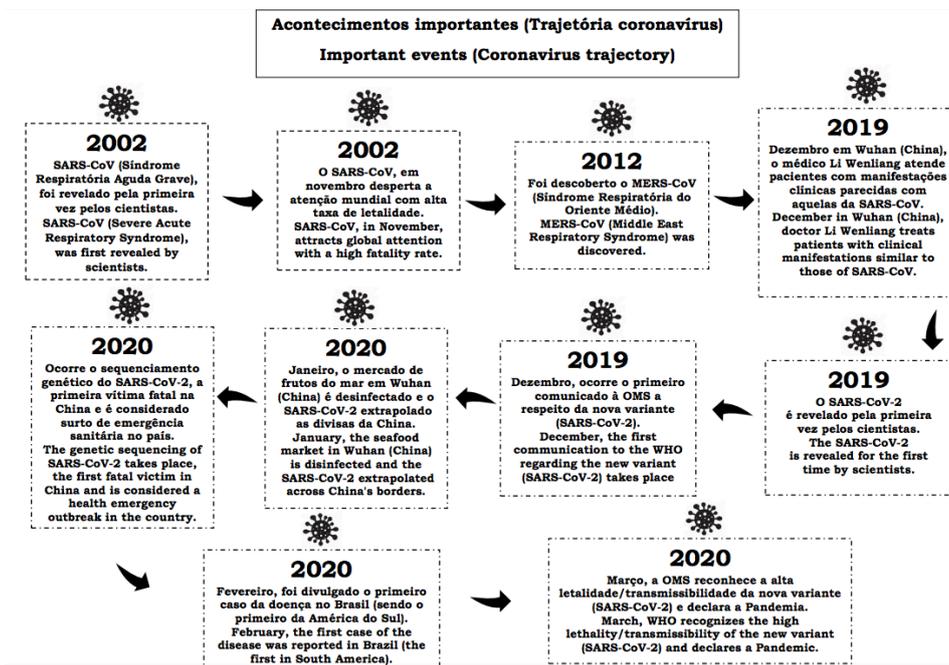
Portanto, tais restrições e recomendações foram impostas para evitar a transmissão, uma delas foi o uso das máscaras repentinamente, que foi um dos itens que passaram a estar presentes nos transportes, nos parques, nas escolas e nos comércios. Assim, as ruas de diversas cidades começaram a se esvaziar, através de leis que obrigavam os seus cidadãos a ficarem em isolamento social⁸.

Em março de 2020, a OMS reconhece a alta letalidade/transmissibilidade da nova variante do coronavírus e proclamou a pandemia mundial, que iria repercutir no cenário social e econômico de todo o planeta⁸.

Alguns meses depois, em 10 de junho de 2020, o novo vírus já havia infectado mais de 7 bilhões de pessoas no mundo e os cientistas de diversos países corriam contra o tempo para descobrir uma forma de barrar a velocidade de propagação e contaminação entre os indivíduos⁷.

No Brasil, em 25 de fevereiro de 2020, foi divulgado o primeiro caso da doença, sendo o primeiro país da América do Sul, a notificar a presença do SARS-CoV-2 (covid-19). Diante do caos que já se instalava no mundo, o ministro da Saúde, Luiz Henrique Mandetta, em comunicado oficial, oficializou o primeiro caso da doença e pediu a todos os brasileiros que permanecessem calmos e explicou que a nova doença era uma espécie de gripe e que seriam adotadas medidas pautadas na ciência para tentar conter a propagação do vírus da melhor forma possível ⁸. Na figura 2 apresenta-se os acontecimentos importantes acerca do coronavírus no mundo.

Figura 2 - Trajetória do coronavírus no mundo. Brasil, 2022.



Diante de tais declarações do ministro, uma instabilidade se estabeleceu, enquanto algumas pessoas se acalmaram diante da declaração, para outra grande maioria, os ânimos se ataçaram, sendo que o mundo estava em um cenário de expansão da doença, e neste momento o SARS-CoV-2 (covid-19), já havia se disseminado por pelo menos cinco continentes⁸.

Lamentavelmente, o que era inevitável aconteceu: a enfermidade teve um crescimento exponencial e o número de doentes e vítimas fatais passou a ser algo surreal. O vírus se espalhou de uma forma tão inacreditável, que provocou o colapso dos serviços de saúde e o desespero dos profissionais que ali atuavam diante de algo desconhecido. A nova doença provocou mortes descontroladas, sem direito a despedida, ao ponto de obrigar que os sepultamentos fossem realizados de forma coletiva⁸.

Os necrotérios e hospitais amontoavam corpos de vítimas à espera de um destino, sem o mínimo de dignidade. A pandemia chegou como um vulcão em erupção, emitindo sinais silenciosos que não foram observados e que, ao entrar em atividade repentinamente, destroem com suas lavas escaldantes tudo aquilo que está em seu caminho⁸.

Diante do surgimento e da confirmação do novo coronavírus no Brasil, em junho de 2020, o número de pessoas infectadas era alarmante, sendo que já se sabia de 805.649 casos de pessoas infectadas e 41.058 óbitos. O impacto que a covid-19 causou ao país, gerou diversos desafios no sistema de saúde que em sua maior parte era deficiente e estava bem longe de proporcionar um atendimento eficiente e de qualidade à população¹⁴.

Além de tudo, havia diversos óbices: a falta de médicos, de enfermeiros, de medicamentos e o quantitativo de leitos insuficiente para atender à alta demanda¹¹. À frente de todas essas situações, os gestores públicos tinham o desafio de estabelecer uma comunicação eficaz com os cidadãos sobre os riscos de contágio do SARS-CoV-2 (covid-19), sendo que a quantidade excessiva de informações erradas ou falsas “infodemia” colaborava para o aumento da insegurança, do medo e da indignação da sociedade¹⁴.

Já o enfrentamento desorganizado e insensato por parte das autoridades sanitárias competentes, no combate à covid-19, traria consequências graves no aumento do número de casos e óbitos, especialmente aos mais pobres e vulneráveis. Conclui-se que a irresponsabilidade política, social, econômica e sanitária colocou o país na segunda posição mundial em números absolutos de infectados e mortos em junho de 2020 (1.603.055 e 64.867 respectivamente), pois mesmo após a decretação de leis, medidas provisórias e outros instrumentos, estas ações continuavam tendo pouca eficácia¹⁴.

Ainda, a contraposição entre o chefe do Poder Executivo e o ministro da Saúde, na qual o presidente da República atacava as instruções do Ministério da Saúde, de governadores e de prefeitos, foi algo que piorou ainda mais a situação epidêmica no país e causou o caos e confusão na população a respeito da gravidade que a doença poderia provocar¹⁴.

Diante de todo este cenário devastador, gestores e pesquisadores tinham o desafio de encontrar políticas de saúde pública e sanitária com a finalidade de evitar o colapso total do sistema de saúde e de reduzir o número de infectados e óbitos, sendo elas: o distanciamento social, a quarentena de contatos e o fortalecimento do sistema de vigilância nos três níveis de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS) para o fortalecimento das redes em saúde¹¹.

De modo inevitável, diante de todas as falhas de enfrentamento de controle ao vírus SARS-CoV-2 (covid-19), a doença acabou provocando o maior colapso hospitalar e sanitário da história recente do Brasil¹⁵. Assim, para que fosse possível realizar a assistência necessária às pessoas que procuravam as instituições de saúde, exigiu-se uma demanda diversificada de profissionais e grupos de apoio, dentre elas se destacava a equipe de enfermagem, que estava na linha de frente de cuidados^{15,16}.

Em virtude deste panorama, a enfermagem passou a vivenciar uma pressão maior e atípica, na qual requeriam cuidados complexos que demandavam técnica, ciência, sentimentos e relações humanas diante de uma enfermidade que pouco se conhecia¹⁶.

Além disso, a enfermagem vivia um momento ímpar, tais dificuldades já conhecidas foram elucidadas em virtude da pandemia da covid-19, na qual as circunstâncias incluíam jornadas de trabalho extensas, carência de EPIs, medo de contrair a doença e de infectar outras pessoas, e por estar em um ambiente com pacientes com diagnóstico ou presunção do SARS-CoV-2 (covid-19).

Em decorrência da alta transmissibilidade do vírus, prestar assistência se tornou algo assustador, bem como aflorou na enfermagem muitos sentimentos tais como: preocupação, estresse, impotência, medo, angústia, raiva, ansiedade, insegurança, desespero, depressão, alteração de humor, incertezas. Esse mix de sentimentos, podem provocar nesses trabalhadores patologias como: infarto agudo do miocárdio, distúrbios mentais psiquiátricos e neurológicos, síndromes depressivas, gastrite, doenças somáticas, síndrome do pânico, hipertensão e a mais recorrente de todas que é a síndrome de burnout. Tudo isso só gerou incertezas, pois, infelizmente não se sabia o que estava por vir¹⁸.

Todas estas situações provocadas por estresse ocupacional na qual se tinha o sofrimento humano e as adversidades no partilhar de conhecimentos entre a equipe de enfermagem, gerando uma alta pressão psicológico por parte de pacientes e gestores, acarretando um grande número de licenças profissionais¹⁸.

Não obstante, o grupo de profissionais de enfermagem no país, corresponde a aproximadamente 2,2 milhões de trabalhadores, sendo que em pesquisa realizada pelo Cofen, em abril de 2020, registrou-se 1.203 casos de infectados e 18 óbitos na categoria. É provável que estes números sejam bem maiores por se tratar de uma notificação voluntária em relação a covid-19¹⁵.

Em seguida, diante de todas essas catástrofes e explosões de sentimentos, os colaboradores de enfermagem padeceram de impactos negativos em sua saúde mental relacionados ao ambiente de trabalho. Esses sofrimentos psíquicos afetaram diretamente a vida destes funcionários no contexto psicossocial e do seu bem-estar, provocando uma situação de sofrimento mental¹⁶.

Em consonância com o incessante aumento do número de pessoas infectadas no Brasil, a Equipe de Enfermagem ainda enfrentava no ambiente laboral, situações ocupacionais insipientes tais como: más condições de trabalho, falta de assistência, expectativas elevadas, jornadas excessivas de trabalho, baixos salários, discriminação social, falta de reconhecimento, escassez de EPIs, números limitados de leitos em Unidades de Terapia Intensiva (UTIs), ventiladores mecânicos e número insuficiente de trabalhadores para atender a alta demanda^{15,16}.

Todos estes aspectos acabaram potencializando os sentimentos ruins já vivenciados, oportunizando o desespero e a falta de motivação para

continuem^{2,15}. Outrossim, ressalta-se que os profissionais de enfermagem se sentiam abandonados pelo poder público e pelas autoridades competentes, pois para prestarem uma assistência de qualidade aos pacientes infectados, exigia-se recursos e equipamentos mínimos, sendo que quando isto não é ofertado de maneira qualitativa e quantitativamente suficiente nos hospitais, acaba por trazer maiores riscos de contaminação para estes trabalhadores^{2,19}.

Esses fatores contribuem negativamente para o adoecimento desta categoria, gerando disfunção física e psicológica^{2,20}. E, diante do exposto, depreende-se que é necessário observar todos os ângulos intrínsecos ao adoecimento mental destes trabalhadores, pois eles integram a principal linha de frente no combate o SARS-CoV-2 (covid-19). O fato é que estes são os protagonistas de saúde, já que estão diretamente gerenciando os cuidados aos indivíduos doentes e suportando todo o ônus da sobrecarga que a pandemia tem provocado na vida dos brasileiros^{1,20}.

Assim, se faz necessário através de políticas públicas, a implementação de ações de capacitação, de proteção, de segurança e da disponibilização de serviços psicológicos relevantes que possam acolhê-los da melhor maneira possível, principalmente na administração de fatores que possam contribuir para melhores condições de trabalho, de salários, de reconhecimento profissional, com o objetivo de ofertar melhores condições de vida. De forma positiva, a execução de todos estes fatores irá gerar uma assistência mais humanizada para todas as pessoas que necessitarem dos cuidados da Equipe de Enfermagem^{2,20}.

Vale ressaltar que o Cofen solicitou que a Comissão Nacional de Enfermagem em Saúde Mental ofertasse a todos os profissionais de enfermagem que estão na linha de frente no combate o SARS-CoV-2 (covid-19) atendimentos especializados em saúde mental, na qual contém uma equipe formado por enfermeiros especialistas, mestres e doutores em saúde mental^{1,2}. Esses atendimentos são regulamentados pela Lei N° 7498/86 e pelas Resoluções COFEN de N°s 564/2017 e 599/2018^{1,2}.

Objetivando incentivar e facilitar esses atendimentos, foi criado um campo do site oficial do Cofen, descrito como *Live Chat*, na qual o profissional que desejar dialogar com o enfermeiro habilitado em saúde mental, em que basta clicar na caixa de diálogo, informar os seus dados pessoais com nome e inscrição profissional, em seguida será direcionado para atendimento^{1,21}.

Esse tipo de assistência ficou disponível 24 horas por dia, nos sete dias da semana e permitindo até cinco atendimentos simultaneamente, também alguns Conselhos Regionais de Enfermagem como o Coren de Minas Gerais criaram estratégias parecidas^{1,21}.

Vale frisar que o Ministério da Saúde também, já vinha desenvolvendo políticas públicas para fortalecer e implementação da Telemedicina e o Telessaúde para a população brasileira e aos trabalhadores de saúde ligados a covid-19, sendo eles: o *TeleSUS* que era um canal de teleconsulta para a covid-19 disponibilizado para a população, o teleconsultas em saúde mental e saúde em geral para profissionais da saúde do Brasil (*Telepan*), voltado aos que estão na linha de frente durante a pandemia, operacionalizados pela Associação Brasileira de Neuropsiquiatria (ABNP) e Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e o *TelePsi*, direcionado para atendimento aos profissionais de saúde envolvidos no combate ao coronavírus²².

Em tempo, houve a implementação, por meio de grupos de psicólogos voluntários, da prática de ações psicoeducativas na distribuição de cartilhas virtuais, softwares, áudios, vídeoaulas, e-books, manuais e plataformas com guias informativos, assim como a realização de plantões psicológicos em diversos hospitais universitários de vários estados brasileiros²².

Em seguida, mesmo diante do acesso do Brasil às vacinas produzidas contra o SARS-CoV-2 (covid-19), o contexto da crise sanitária se manteve em virtude da ausência de apoio por parte do Governo Federal, o que provocou uma desordem em âmbito nacional de estratégias de vacinação, visto que o país, até então, é reconhecido mundialmente por portar um dos maiores e mais completos programas de imunização do mundo²³.

Segundo o pesquisador da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Julio Croda, que esteve à frente de pesquisas sobre a situação epidemiológica do SARS-CoV-2 (covid-19), em relação a resposta às vacinas, afirma que o cenário pandêmico está próximo do fim, depois de mais de dois anos convivendo com o coronavírus, sendo os imunobiológicos, aliados a medidas socioeducativas, os maiores responsáveis por esta mitigação²⁴.

Todavia, mesmo diante deste novo cenário que promove a sensação de volta à normalidade, diante da queda do número de infectados e óbitos, assim como relaxamento das medidas de contenção ao vírus, os profissionais de saúde continuam fragilizados, esgotados e desesperançosos²⁴.

Além disso, Gabriela Lotta, professora de Administração Pública e Governo da Fundação Getúlio Vargas (FGV), comenta que as perspectivas eram de que estes profissionais de saúde iriam aprender a lidar com a doença e que sentir-se-iam mais segurança e menos medrosos e provocaria menos danos à sua saúde mental, posto que 80% afirmaram em entrevista que sua saúde mental foi afetada negativamente²⁴.

Uma das frases que chamou à atenção de Gabriela Lotta em entrevista com estes profissionais, é a de que eles são como “soldados abandonados no campo de guerra”, em crítica contra a falta de implementação de políticas públicas específicas para esta situação²⁴. Portanto, o desgaste, o estresse, o destresse, a indignação, a insatisfação, a injustiça e o esgotamento emocional, ainda continua sendo os principais sentimentos indicativos de sofrimento na vida desses trabalhadores²⁵.

Não obstante, a pandemia do SARS-CoV-2 (covid-19), no Brasil, lamentavelmente provocou e continua provocando o adoecimento mental e mortes entre os profissionais de saúde, sobretudo de enfermagem. Por isso, a criação e implementação de políticas públicas efetivas por parte das autoridades competentes que englobem o período pandêmico e pós-pandêmico, é indispensável para que seja monitorado a evolução do sofrimento nesses indivíduos e os efeitos negativos que provocam em sua saúde mental, com a finalidade de se prestar a melhor e mais adequada assistência²⁵.

Nesse contexto em vigência no Brasil, a Política Nacional de Saúde Mental (PNSM), que é um recurso do Governo Federal ordenado pelo Ministério da Saúde, que tem como objetivo, prestar assistência às pessoas que precisam de tratamento e cuidados em saúde mental. Esse programa engloba a atenção a indivíduos com transtornos mentais sendo eles de intensidade: leves, moderados ou graves³.

Logo, os atendimentos ocorrem via Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) que é composta por inúmeras unidades, disponibilizados de forma integral e gratuita, integrado a rede pública de saúde³.

Ademais, as práticas assistências relacionadas à saúde mental dos profissionais de saúde, que estavam e/ou continuam na linha de frente no combate o SARS-CoV-2 (covid-19), deveriam ser adaptadas no âmbito da PNSM, como forma de implementação de uma política pública nacional para atender a todos os trabalhadores de saúde que precisam deste tipo de suporte, favorecendo o alívio do sofrimento psicossocial desses colaboradores³.

Na sequência, existe também a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, implementada pelo Governo Federal através da lei nº 13.819, de 26 de abril de 2019, que tem por objetivo tratar e prevenir a prática de automutilação e suicídio, assim como os condicionantes a eles associados²⁵.

Imediatamente, faz-se necessário também a elaboração de políticas públicas direcionada aos colaboradores de enfermagem que estão na linha de frente ao combate contra a covid-19, integrada com a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, tendo em vista em virtude do adoecimento em sua saúde mental, eles poderão estar muito vulneráveis a tais práticas²⁶.

Outrossim, é fundamental destacar a Política Nacional de Saúde do trabalhador que tem por finalidade definir os princípios, diretrizes e estratégias a serem observados de maneira holística com uma dimensão tripartite, objetivando a promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, minimizando a morbimortalidade decorrente dos processos de desenvolvimento e produtivos, que também não foram considerados no período pandêmico^{20,27,28}.

É importante salientar que não houve mudanças e nem a criação de micropolíticas após o auge do período pandêmico, inerentes às atuais políticas de saúde pública, tanto voltadas à saúde do trabalhador quanto à saúde mental, percebe-se que houve um movimento das entidades de classe para tentar mitigar tais situações, mas muitos destes programas de apoio criados foram descontinuados, entretanto, no fim, os profissionais continuam adoecidos e tendo que lidar com estas situações diuturnamente.

Este apoio, na maioria das vezes, foi mediado pela própria equipe que estava na linha de frente, em óbices ao abandono dos órgãos governamentais. Este apoio se deu através do relacionamento interpessoal, relações de amizade que conseguiram a formação de uma rede de apoio social e psicológica com a intenção de preservar sentimentos de estima, perseverança e ajudaram no enfrentamento das adversidades ocasionadas pela pandemia²⁹⁻³¹.

Além disso, como um sopro de misericórdia e reconhecimento, finalmente após mais de 30 anos de luta pela categoria de enfermagem, veio a sanção presidencial da PL 2564/20, no dia 04/08/22, que cria o piso salarial da equipe de enfermagem (enfermeiros, técnicos de enfermagem, auxiliares de enfermagem e parteiras). Isso, para enfermagem brasileira, cria um sopro de esperança, pois espera-se que a partir de agora possa se mitigar e reconhecer os tantos feitos históricos da enfermagem antes, durante e após o período pandêmico da covid-19³².

Mediante ao tipo de estudo apresentado, faz-se importante destacar que as questões de reflexão propostas permanecem sob resultados de novas

evidências, buscando-se por mais especificidades no que tange à promoção da saúde mental tanto dos enfermeiros quanto da população brasileira.

Considerações finais

O coronavírus (SARS-CoV) já circulava pelo mundo há alguns anos, no qual pertence a uma família de vírus que causam infecções respiratórias aguda. Em registros de sua trajetória, existe subdivisões do vírus que foram denominadas de betacoronavírus, na qual menciona-se o SARS-CoV, identificado em 2002, o MERS-CoV, descoberto em 2012 e o SARS-CoV-2, revelado em 2019.

Ressalta-se que diante de hábitos alimentares que estão presentes na cultura de alguns países, na qual se consome carne de animais silvestres como o morcego, pangolin, o gato civeta, o camelo, a cobra, entre outros animais. Não obstante, cientistas acreditam que foi a partir desta prática alimentar que ocorreu a transmissão para os seres humanos, pois estes animais possuem o vírus em seu organismo.

Já em relação à Saúde Mental dos profissionais de enfermagem brasileiros, destacou-se que houve apenas implementações de projetos específicos como forma de assistência, sendo eles: o *Live Chat*, disponibilizado pelo Cofen, o *TelePsi* (projeto de pesquisa que oferece psicoterapia online, de modo totalmente gratuito, disponibilizado para todo o país pelo Ministério da Saúde e Hospital de Clínicas de Porto Alegre, com o objetivo de dar assistência a profissionais da saúde do SUS com sofrimento emocional neste momento de pandemia, o Teleconsultas em saúde mental e saúde em geral para profissionais da saúde do Brasil (*Telepan*) que estão na linha de frente durante a pandemia, operacionalizados pela ABNP e UFMG e os atendimentos psicológicos ofertados por psicólogos voluntários. Essas iniciativas, infelizmente não foram suficientes para alcançar de forma satisfatória, a assistência necessária para todos os profissionais de enfermagem que estão na linha de frente e que necessitam de apoio psicológico com a intenção de diminuir a carga negativa que impacta em sua saúde mental, além de que muitas delas foram descontinuadas.

Admite-se que, mesmo diante do fim do momento pandêmico no Brasil, o cenário que se observa entre a equipe de enfermagem ainda é de insatisfação, medo e esgotamento emocional.

As circunstâncias atuais necessitam de políticas públicas nacionais que abarque de forma eficaz, não só a equipe de enfermagem, e sim a todos os trabalhadores de saúde que se encontram na linha de frente ao combate da covid-19, com a finalidade de diminuir/cessar o adoecimento mental provocado.

Assim, uma forma de atenuar o déficit de assistência a estes profissionais é através da criação de micropolíticas, da implementação de atendimentos específicos para todos os profissionais de saúde que estão/estiveram na linha de frente ao combate contra o SARS-CoV-2 (covid-19) e que se encontram adoecidos, de modo a integrar com os programas já existentes para este fim, sendo eles de maneira direta a Política Nacional de Saúde Mental e a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, e indiretamente, a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora.

Agradecimento

Essa pesquisa não recebeu financiamento para sua realização.

Referências

1. Humerez DC, Ohl RIB, Silva MCN. Saúde mental dos profissionais de enfermagem do Brasil no contexto da pandemia covid-19: ação do Conselho Federal de Enfermagem. *Cogitare enferm.* 2020;25:e74115. Doi: <https://dx.doi.org/10.5380/ce.v25i0.74115>
2. Santos KMR, Galvão MHR, Gomes SM, Souza TA, Medeiros AA, Barbosa IR. Depressão e ansiedade em profissionais de enfermagem durante a pandemia da covid-19. *Esc. Anna. Nery.* 2021; 25(spe). Doi: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0370>
3. Ministério da Saúde. Saúde Mental. Brasília; 2020 [acesso em 2022 maio. 2]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-mental>
4. Conselho Federal de Enfermagem. Covid-19 faz vítimas entre profissionais da saúde no Brasil. Brasília; 2020 [acesso em 2022 maio. 4]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/covid-19-faz-vitimas-entre-profissionais-da-saude-no-brasil_78979.html.
5. Xingyue S, Wenning F, Xiaoran L, Zhiqian L, Rixing W, Ning Z, et al. Mental health status of medical staff in emergency departments during the Coronavirus disease 2019 epidemic in China. *Brain, Behavior, and Immunity.* 2020; 88:60-65. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.06.002>
6. Lemos, GC. A cultura de segurança do paciente no âmbito da enfermagem: reflexão teórica. *Rev enfer centro-oeste min.* 2018:e2600. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.19175/recom.v8i0.2600>
7. Carvalho TA, Marson FAL. O cenário dos dados epidemiológicos descritivos e a importância para o controle da pandemia da covid-19 no Brasil. *Rev Epidemiol Control Infect.* 2020;10(4). EPUB. 10 abril 2020.
8. Marques RC, Silveira AJT, Pimenta DNA. A pandemia de Covid-19: intersecções e desafios para a História da Saúde e do Tempo Presente. In: Reis TS et al, organizadoras. *Coleção História do Tempo Presente.* Roraima: Editora UFRR; 2020;3:225-249.
9. Rehab RA, Christos T, Imran Z, Aikaterini T. Epidemiology of Covid-19. In: Goswami S, Dey C, organizadores. *COVID-19 and SARS-CoV-2: the science and clinical application of conventional and complementary treatments.* Boca Raton: Taylor & Francis Group and informa business; 2022;63-78. Doi: <https://doi:10.1201/9781003178514-7>
10. Zaongo SD, Ouattara D. Covid-19: The Origin. *Acta Scientific Pharmaceutical Sciences* 2022;6(1): 15-17. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/357700724_COVID-19_The_Origin
11. Aquino EML, Silveira IH, Pescarias JM, Aquino R, Souza-Filho JÁ, Rocha AS, et.al. Medidas de distanciamento social no controle da pandemia de COVID-19: potenciais

impactos e desafios no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*.2020; 25(Supl.1):2423-2446.Doi: https://doi.org/10.1590/141381232020256.1.1050_2020

12.Bezerra ECD, Santos PS, Lisbinski FC, Dias LC. Análise espacial das condições de enfrentamento à COVID-19: uma proposta de Índice da Infraestrutura da Saúde do Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*. 2020;25(12):4957-4967.Doi: <https://doi.org/10.1590/1413-812320202512.34472020>

13.Adamante D, Leichtweis TM, Naconeski S, Sacoman S, Garlini MA, Mattana MRA, et al. Relação do coronavírus com os animais - revisão de literatura. *Arquivos de Ciências Veterinárias e Zootecia da UNIPAR*. 2021;24(2):e2402. Doi: <https://doi.org/10.25110/arqvet.v24i2cont.2021.8146>

14.Fonseca MN, Ferentz LMS, Cobre AF, Momade DRO, Garcias CM. Avaliação do nível de percepção dos riscos de infecção pelo SARS-CoV-2 e da acessibilidade a informações sobre a Covid-19 no Brasil. *Reciis*. 2021;15(2):379-396. Doi: <https://doi.org/10.29397/reciis.v15i2.2157>

15.Miranda FMD, Santana LL, Pizzolato AC, Saquis LMM. Condições de trabalho e o impacto na saúde dos profissionais de enfermagem frente à Covid-19. *Cogitare enferm*. 2020;25:e72702. Doi: <https://dx.doi.org/10.5380/ce.v25i0.72702>

16.Miranda FBG, Yamamura M, Pereira SS, Pereira CS, Protti-Zanatta ST, Costa MK, et.al. Sofrimento psíquico entre os profissionais de enfermagem durante a pandemia da COVID-19: Scoping Review. *Esc. Anna. Nery*.2021;25(spe): e20200363. Doi: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0363>

17.Dresch LSC, Paiva TS, Moraes IIG, Sales ALLF, Rocha CMF. A saúde mental do enfermeiro frente à pandemia covid-19. *Enferm. Foco* 2020;11(6):14-20. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/3675/1050>.

18.Moraes Filho IM, Sá ES, Carvalho Filha FSS, Sousa JA, Pereira MC, Sousa TV. Medo, ansiedade e tristeza: principais sentimentos de profissionais da saúde na pandemia de COVID-19. *Saud Coletiv (Barueri)* 2021;11(COVID):7073-84. Doi: <https://doi.org/10.36489/saudecoletiva.2021v11iCOVIDp7073-7084>

19.Carvalho Filha FSS, Moura MEB, Santos JC, Silva MVRS, Moraes Filho IM, Nascimento FLSC, et.al. Nem glamour dos super-heróis, nem aplausos nas janelas: a realidade vivenciada por enfermeiros na linha de frente de combate à Covid-19 no Brasil. *Rev Enferm Atual In Derme* 2021;95(34):e-021053. Doi: <https://doi.org/10.31011/reaid-2021-v.95-n.34-art.973>

20.Moraes Filho IM, Almeida RJ. Estresse ocupacional no trabalho em enfermagem no Brasil: uma revisão integrativa. *Rev Bras Promoç Saúde* 2016;29(3):447-454. Doi: <https://doi.org/10.5020/18061230.2016.p447>

21.Amaral GG, Silva LS, Oliveira JV, Machado NM, Teixeira JS, Passos HR. Suporte ético-emocional à profissionais de enfermagem frente à pandemia de COVID-19: relato de experiência. *Esc Anna Nery*. 2022;26(spe): e20210234.Doi: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0234>

22.Ramos-Toescher AM, Tomaschewisk-Barlem JG, Barlem ELD, Castanheira JS, Toescher RL. Saúde mental de profissionais de enfermagem durante a pandemia de COVID-19: recursos de apoio. *Esc Anna Nery*. 2020;24(spe): e20200276. Doi: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0276>

23. Maciel E, Fernández M, Calife K, Garrett D, Domingues C, Kerr I, et al. A campanha de vacinação contra o SARS-CoV-2 no Brasil e a invisibilidade das evidências científicas. *Ciênc. saúde coletiva*.2022;27(3):951-956. Doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022273.21822021>
24. Fernandez M, Lotta G, Passos H, Cavacanti P, Corrêa MG. Condições de trabalho e percepções de profissionais de enfermagem que atuam no enfrentamento à covid-19 no Brasil. *Saúde Soc. São Paulo* 2021;30(4): e201011. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902021201011>
25. Baptista PCP, Lourenção DCA, Silva-Junior JS, Cunha AA, Gallasch CH. Indicadores de sofrimento e prazer em trabalhadores de saúde na linha de frente da COVID-19. *Rev Latino-Am. Enfermagem* 2022;30:e3555. Doi: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.5707.3555>
26. BRASIL. Lei nº 13.819, de 26 de abril de 2019. Institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, a ser implementada pela União, em cooperação com os Estados, o Distrito Federal e os Municípios; e altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998. Vigência. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 26 abr. 2019. Seção 1, p. 1.
27. Brasil. Portaria nº 1823/12. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
28. Soares A, Menezes RF. Coronavírus no Brasil: a marcha da insensatez. *Saúde Soc. São Paulo* 2021;30(2):e200653. Doi: <https://doi.org/10.1590/s0104-12902021200653>
29. Moraes-Filho IM, Sousa TV, Carvalho-Filha FSS, Pereira MC, Vilanova JM, Silva RM. Fatores sociodemográficos e emocionais associados à tolerância nas relações de amizade na pandemia pela COVID-19. *Rev. Enferm. UFSM*.2021;11(2):1-17. DOI: <https://doi.org/10.5902/2179769253180>
30. Silva RM, Moraes-Filho IM, Valóta IAC, Saura APNS, Costa ALS, Sousa TV, Carvalho-Filha FSS, Carvalho CR. Nível de tolerância nas relações de amizade em profissionais de saúde durante a pandemia da COVID-19. *REVISA*. 2020; 9(Esp.1): 631-45. Doi: <https://doi.org/10.36239/revisa.v9.n Esp1.p631a645>
31. Moraes Filho IM, Sousa TV, Lima TP, Carvalho Filha FSS, Pereira MC, Silva RM. Variáveis sociodemográficas associadas à mudança na tolerância nas relações de amizade na pandemia pela COVID-19. *Rev baiana enferm.* 2020;34:e38396.
32. Brasil. Presidência da República. Lei nº 14.434, de 4 de agosto de 2022. Altera a lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, para instituir o piso salarial nacional do enfermeiro, do Técnico de Enfermagem, do Auxiliar de Enfermagem e da Parteira. Diário Oficial da União, Brasília, 05 ago. 2022. Seção 1, p. 3.

Autor de correspondência

Iel Marciano de Moraes Filho
Universidade Paulista
SGAS SUL /Q 913 /CJ B00913. CEP: 7000-000-
Asa Sul. Brasília, Distrito Federal, Brasil.
ielfilho@yahoo.com.br

Gestação: implicações na vida da gestante

Pregnancy: implications for the pregnant woman's life

Embarazo: implicaciones para la vida de la embarazada

Emile Maria dos Santos Honorio¹, Leila Batista Ribeiro², João de Sousa Pinheiro Barbosa³, Marcus Vinicius Ribeiro Ferreira⁴,
Danielle Ferreira Silva⁵, Wanderlan Cabral Neves⁶, Kamila Gomes Correa⁷

Como citar: Honorio EMS, Ribeiro LB, Barbosa JSP, Ferreira MVR, Silva DF, Neves WC, Correa KG. Gestação: implicações na vida da gestante. REVISA. 2022; 11(3): 356-69. Doi: <https://doi.org/10.36239/revisa.v11.n3.p356a369>

REVISA

1. Centro Universitário Planalto do Distrito Federal. Brasília, Distrito Federal, Brasil. <https://orcid.org/0000-0001-8133-160x>

2. Centro Universitário Planalto do Distrito Federal. Brasília, Distrito Federal, Brasil. <https://orcid.org/0000-0001-6399-6966>

3. Centro Universitário Planalto do Distrito Federal. Brasília, Distrito Federal, Brasil. <https://orcid.org/0000-0001-6538-7451>

4. Universidade de São Paulo. São Paulo, São Paulo, Brasil. <https://orcid.org/0000-0003-1417-0871>

5. Faculdade do Instituto Brasil de Ciência e Tecnologia. Anápolis, Goiás, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-1913-1209>

6. Centro Universitário Planalto do Distrito Federal. Brasília, Distrito Federal, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-8124-0262>

7. Clínica São Marcos. Brasília, Distrito Federal, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-0470-4529>

Received: 15/04/2022
Accepted: 23/06/2022

RESUMO

Objetivo: analisar a gestação e suas implicações na vida da gestante. **Método:** revisão bibliográfica integrativa seguindo os pressupostos de Ludke e André, e abordagem qualitativa. **Resultados:** No presente estudo, foram analisados 16 (dezesesseis) artigos científicos, que atenderam aos critérios de inclusão previamente estabelecidos, onde foram encontrados 8 (oito) na base de dados SCIELO, 2 (dois) artigos na BVS e outros 6 (seis) em Revistas de Enfermagem, a seguir, apresenta-se um panorama geral dos artigos analisados. **Conclusão:** cada mulher externaliza seus sentimentos de descoberta de gravidez de forma diferente, algumas ficam animadas e sentem prazer, outras ficam tristes e receosas com o que está por vir. É importante instigar a enfermagem a interagir e auxiliar a parturiente de forma abrangente.

Descritores: Gestação; Gestante; Saúde Reprodutiva; Saúde da Mulher; Emoções.

ABSTRACT

Objective: to analyze the management and its conclusions in the pregnant woman's life. **Method:** integrative literature review following the assumptions of Ludke and André, and a qualitative approach. **Results:** In this study, 16 (sixteen) scientific articles were formed, which met the advanced inclusion criteria, where 8 (eight) were found in the SCIELO database, 2 (two) articles in the VHL and another 6 (six) in Nursing Journals, below, presents an overview of the distribution articles. **Conclusion:** each woman externalizes her feelings of pregnancy discovery differently, some are excited and feel pleasure, others are sad and afraid of what is to come. It is important to encourage nursing to interact and assist the parturient in a comprehensive way.

Descriptors: Gestation; Pregnant; Reproductive Health; Women's Health; Emotions.

RESUMEN

Objetivo: analizar el manejo y sus conclusiones en la vida de la gestante. **Método:** revisión integradora de la literatura siguiendo los supuestos de Ludke y André, y un enfoque cualitativo. **Resultados:** En este estudio se conformaron 16 (dieciséis) artículos científicos, los cuales cumplieron con los criterios de inclusión avanzada, donde se encontraron 8 (ocho) en la base de datos SCIELO, 2 (dos) artículos en la BVS y otros 6 (seis) en Enfermería. Revistas, a continuación, presenta una descripción general de los artículos de distribución. **Conclusión:** cada mujer exterioriza sus sentimientos de descubrimiento del embarazo de manera diferente, algunas están emocionadas y sienten placer, otras están tristes y temerosas de lo que está por venir. Es importante fomentar que la enfermería interactúe y asista al parturient de manera integra.

Descritores: Gestación; Embarazada; Salud reproductiva; La salud de la mujer; Emociones.

Introdução

Gestação é um fenômeno fisiológico que ocorre dentro do útero, resulta em um novo ser humano e esse processo, na maioria das vezes, se desenvolve sem intercorrências.¹ É também um período de grandes mudanças físicas, emocionais e sexuais vivenciadas pela gestante e seu parceiro e um evento importante devido a constituição de uma família e pelos laços que já começam a ser criados entre os membros.¹

Tendo em vista a preparação e acompanhamento da gestação, a assistência ao pré-natal se faz imprescindível nesse momento e prepara a gestante e a família para o processo de gestação e nascimento da criança, além de esclarecer dúvidas, trazer conhecimento e informar todos os possíveis diagnósticos que uma gestante que pode vir a ter.²

A assistência existe para o cuidado da gravidez sem risco, que previne a de alto risco ou auxilia a mesma, como o seu principal objetivo monitorar o crescimento e desenvolvimento do feto, e a saúde, bem-estar e qualidade de vida da mãe¹. É uma assistência primordial para um nascimento saudável e controle de risco na hora do parto. Nas consultas, é necessário que a gestante seja orientada sobre toda a evolução da gestação, cuidados gerais com ela mesma (físico, espiritual, emocional e sexual), sobre a rede de apoio e sobre o parto.³

Todas as orientações ajudam aliviar a tensão que a mulher sente durante a gravidez, principalmente as primíparas, não só pelo medo do processo de gestação e parto, mas também pelas mudanças físicas que ocorrem no corpo, onde elas podem se sentir inseguras e com receio de realizar as atividades do cotidiano, como o trabalho, os exercícios, e inclusive, a vida sexual.⁴ Os atendimentos vão guiar a mulher nessa nova fase e dar a elas o conhecimento necessário para viver a gestação de forma plena e prazerosa.⁵

Diante do exposto, este estudo propõe o seguinte questionamento de pesquisa: que implicações tem a gestação na vida da mulher, ao saber-se grávida?

O objetivo deste estudo foi analisar a gestação e suas implicações na vida da gestante. Este estudo torna-se relevante uma vez que incentiva os profissionais da área da saúde que trabalham no pré-natal a instruir e orientar as gestantes de forma holística e trabalhar junto com uma equipe multiprofissional, para ajudar a mulher a lidar com as diversas áreas que são afetadas durante a gestação.

Além disso, por meio desse estudo, as gestantes poderão adquirir conhecimento sobre como lidar com as emoções e sentimentos que uma gestação gera; buscar de forma efetiva manter um bom relacionamento com sua rede de apoio e aprenderão acerca da vida sexual na gestação, o que pode instigá-las para uma busca intencional sobre o assunto, inclusive durante as consultas de pré-natal, em que poderão sanar suas dúvidas com o profissional de saúde.

Para mais, o estudo poderá fomentar novas pesquisas na área de gestação.

Metodologia

Este estudo utilizou a abordagem qualitativa e método de revisão bibliográfica, conforme os pressupostos de Ludke e André⁶ que procuram explicar um problema a partir de referências teóricas publicadas em artigos.

A coleta dos dados deu-se mediante busca sistematizada de artigos científicos escritos nos últimos anos e disponíveis no banco de dados da *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO), na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) e Revistas de Enfermagem, utilizando-se os seguintes descritores: Gestação; Gestante; Saúde Reprodutiva; Saúde da Mulher; Emoções.

Para seleção dos artigos foram considerados como critérios de inclusão: artigos científicos nacionais em língua portuguesa, publicados na íntegra e disponíveis *online*.

Os critérios de exclusão focaram-se nos estudos que não respondessem ao objetivo da pesquisa com os seguintes critérios de exclusão: artigos com publicação incompleta e ou em forma de resumo expandido.

Resultados e Discussão

No presente estudo, foram analisados 16 (dezesesseis) artigos científicos, que atenderam aos critérios de inclusão previamente estabelecidos, onde foram encontrados 8 (oito) na base de dados SCIELO, 2 (dois) artigos na BVS e outros 6 (seis) em Revistas de Enfermagem, a seguir, apresenta-se um panorama geral dos artigos analisados. O Quadro 1 representa as especificações dos artigos incluídos no estudo.

Quadro 1. Artigos utilizados na construção da discussão. 2021.

Título	Autores	Ano	Tipo de Estudo
Vivenciando repercussões e transformações de uma gestação: perspectivas de gestantes	Karla Gonçalves Camacho; Octavio Muniz da Costa Vargens; Jane Márcia Progianti; Thelma Spíndola;	2010	Pesquisa descritiva qualitativa
Sentimentos e percepções de puérperas com relação à assistência prestada pelo serviço materno-infantil de um hospital universitário.	Ligia Maria Suppo de Souza Rugolo; Juliana Bottino; Silvia Regina Marchioni Scudeler; Maria Regina Bentlin; Cleide Enoir Petean Trindade; Gimol Bezaquen Perosa; Antonio Rugolo Junior;	2004	Estudo transversal
Significados da gravidez e da maternidade: Discursos de primíparas e múltiparas.	Flavia Baroni Simas; Laura Vilela e Souza; Fabio Scorsolini-Comin;	2013	Pesquisa qualitativa (entrevista)
Gestação e preparo para o parto: programas de intervenção.	Eliana Aparecida Torrezan da Silva;	2013	Revisão de literatura qualitativa
Percepção da gestante sobre sua família e gestação por	José Lenartte da Silva	2018	Estudo descritivo, exploratório do tipo qualitativo

meio do modelo Calgary e da Hermenêutica			
Gestação e a constituição da maternidade.	Cesar Augusto Piccinini; Aline Grill Gomes; Tatiana de Nardi; Rita Sobreira Lopes;	2008	Pesquisa qualitativa (entrevista)
O Papel da Doula na Assistência a Parturiente.	Viviane Murilla; Sonia Maria Junqueira Vasconcellos de Oliveira;	2005	Estudo descritivo
Evidências qualitativas sobre o acompanhamento por doulas no trabalho de parto e no parto	Raimunda Magalhães da Silva; Neslson Filice de Barros; Herla Maria Furtado Jorge; Laura Pinto Torres de Melo; Antonio Rodrigues Ferreira Junior;	2012	Revisão de literatura qualitativa
Os significados do cuidado na gestação	Danielle Abdel Massih Pio; Mariana da Silva Capel;	2015	Pesquisa exploratória qualitativa
Reflexões sobre a sexualidade durante a vivência do climatério.	Roselane Gonçalves; Miriam Aparecida Barbosa Merighi;	2009	Estudo qualitativo (fenomenológica)
Perfil do comportamento sexual na gestação.	Ana Carolina Rodrigues Savall; Aline Knepper Mendes; Fernando Luiz Cardoso;	2008	Pesquisa descritiva com delineamento transversal
Cuidado de enfermagem à sexualidade da mulher no climatério: reflexões sob a ótica da fenomenologia	Ângela Roberta Lessa de Andrade; Clara Maria Silvestre Monteiro de Freitas; Isadora Tavares Riegert; Hellen Nocy de Almeida Arruda; Danielle de Arruda Costa; Aurélio Molina da Costa;	2016	Estudo qualitativo (fenomenológica)
A vivência da sexualidade por mulheres no climatério.	Sheila Milena Pessoa dos Santos; Roberta Lima Gonçalves; Elisangela Braga de Azevedo; Ana Karla Dantas Pinheiro; Carolina Araújo Barbosa; Kamila Nóbrega de França Costa;	2014	Estudo analítico-descriptivo (qualitativo)
Climatério e sexualidade: a compreensão dessa interface por mulheres assistidas em grupo.	Deíse Moura de Oliveira; Maria Cristina Pinto de Jesus; Miriam Aparecida Barbosa Merighi;	2008	Estudo qualitativo
Representações sociais da vida sexual de mulheres no climatério atendidas em serviços públicos de saúde	Ivonete Alves de Araújo; Ana Beatriz Azevedo Queiroz; Maria Aparecida Vasconcelos Moura; Lúcia Helena Garcia Penna;	2013	Estudo qualitativo (entrevista semiestruturada)
O processo de viver e ser saudável das mulheres no climatério.	Maria de Fátima Mota Zampieri; Gladys Santos Falcon; Celina Maria Araújo Tavares; Alcione Leite de Silva; Maria de Lourdes Campos Hames; Lúcia Takase Gonçalves;	2009	Estudo qualitativo

Para a discussão do tema os dados encontrados foram organizados em forma de categorias, onde estão apresentadas em número de cinco categorias, conforme a seguir:

Gestação

Gestação é o evento que ocorre dentro do útero, que resultou da fecundação do óvulo pelo espermatozoide e é um evento que vai trazer grandes transformações na vida da mulher e de seu parceiro.⁷ A suspeita de uma gravidez pode ser identificada por um conjunto de sinais apresentados pela mulher, como por exemplo: atraso menstrual a partir de 14 dias, náuseas e vômitos, aumento da sensibilidade álgica mamária e hiperpigmentação da aréola primária e aparecimento da aréola secundária com limites imprecisos (chamado Sinal de Hunter), polaciúria, cloasma (manchas provocadas pelo aumento da produção de melanina na parte da testa, nariz, bochecha e lábio superior), pigmentação na linha alba (chamada de Linha Nigra), entre outros sinais. Já o diagnóstico concreto se baseia na identificação por ultrassonografia ou atividade cardíaca fetal e a detecção de hCG no sangue ou na urina.⁸

Durante a gestação, a mulher passa por transformações sistêmicas, dos órgãos genitais e implicações clínicas. Dentro das transformações sistêmicas: mudanças na postura e deambulação, metabolismo, sistema cardiovascular, sistema sanguíneo e sistema urinário. Modificações anatômicas nos rins e no sistema urinário inferior, modificações fisiológicas relacionadas ao débito cardíaco, concentração e elevação de algumas substâncias, modificação no sistema respiratório, sistema digestório, sistema endócrino, pele e fâneros. Nos órgãos genitais, há uma mudança na vulva e na vagina e no útero. E por fim, implicações clínicas que envolvem modificações cardiovasculares, sanguíneas, urinárias, respiratórias, digestivas e endócrinas.⁹

A gestação é dividida em três trimestres. No primeiro trimestre, acontece a fecundação e o estabelecimento do embrião no útero e inicia-se o desenvolvimento das primeiras camadas dos órgãos e, ao final desse período, o embrião começa a ganhar forma. No segundo trimestre, o feto desenvolve completamente todos os órgãos. No terceiro, o feto ganha peso e altura e a mãe se prepara para o parto. Durante toda a gestação, é importante que a mulher mantenha hábitos saudáveis para o desenvolvimento do feto, e nessa primeira fase, para que o embrião sobreviva, é importante também, evitar exercícios e atividades de grande impacto.⁹

A gestação é uma fase importante na vida de qualquer mulher, é um momento de diversas mudanças, é um processo complexo, transformador e dinâmico. Entender a gestação marcada pelas transformações do corpo significa considerar a gravidez no seu âmbito psicológico, social, cultural, e em todas suas faces.¹⁰

A gravidez induz diversas modificações no corpo da mulher, o organismo materno é “obrigado” a sofrer uma série de adaptações, adaptações essas, atribuídas ao turbilhão de hormônios que o corpo da mulher está exposto,

e essas mudanças são necessárias para que o feto tenha um desenvolvimento saudável e dentro dos padrões de normalidade.¹¹

Sentimentos vivenciados ao saber da gestação

Quando a mulher começa a apresentar os sinais de possível gravidez, e pensa nas várias transformações que vão ocorrer em seu organismo, existe uma mistura de sentimentos de querer ou não estar grávida. A partir desse sentimento, outros são desencadeados como a surpresa, seja ela positiva ou negativa, o gozo e prazer intensos, ou sentimentos não positivos como a aflição e o abandono. Enquanto para algumas o momento é especial, para outras pode ser um momento em que elas se sentem frustradas e constrangidas, sendo preciso considerar as alterações gestacionais, de autoimagem e autoestima.¹²

Na gestação indesejada, sentimentos desordenados podem ocupar a mente da mulher. É possível que a ela pense que a gravidez é uma invasão, alguém chegou e entrou sem pedir permissão, e é nesse momento que a gestante começa a assimilar as coisas e um processo de aceitação pode se iniciar.¹²

A partir disso, surgem os pensamentos a respeito do futuro, muitas delas, se mostram amedrontadas e preocupadas, principalmente se não foi uma gestação planejada. Ao procurar atendimento, é necessário que essa mulher seja ouvida e que o profissional de saúde dê importância aos seus relatos, porque é nesse momento que uma relação de confiança é estabelecida entre a paciente, sua família e o profissional, e a partir desse momento os medos, inseguranças e preocupações podem ser administrados da melhor forma.¹³

É necessário que a equipe que prestará a assistência a essas mulheres entenda o que a gestação significa para elas e suas famílias. É preciso entender como se deu cada gestação, pois isso determinará o desenvolvimento adequado e saudável da mãe e do feto. O principal objetivo do pré-natal é acolher a mãe desde o início da sua gravidez, momento em que ela passará por mudanças físicas, fisiológicas e psicoemocionais. Cada mulher lidará com essas mudanças de forma individual e diferentes, o que pode ocasionar medo, dúvida, tristeza, ou apenas curiosidade.¹⁴

Dificuldades encontradas durante a gestação

A partir de uma análise histórica, percebe-se que nas últimas décadas a maternidade ganhou novos desafios adjacentes. A maior inserção da mulher no mercado de trabalho faz com que essa tenha jornadas múltiplas, uma vez que os cuidados com filhos e com serviços domésticos permanecem majoritariamente sob responsabilidade da mulher, no cenário brasileiro.¹⁵

Nesse sentido, segundo o IBGE, mulheres de classes econômicas mais baixas têm maior dificuldade de realizar um planejamento familiar efetivo, fato observado a partir dos dados do Censo de 2010, que demonstraram taxa de fecundidade das regiões menos desenvolvidas do país, Nordeste e Norte, de respectivamente 2,4 e 2,0 filhos, em contraste às regiões mais desenvolvidas, Sul e Sudeste, que eram de 1,8 e 1,7 filho por mulher¹⁶. Esse quadro se refere a gestantes que sentem desamparo econômico e social por não terem estrutura que garanta suprimento das necessidades básicas de sua família como alimentação,

moradia e acesso à saúde básica, principalmente para as multigestas de baixa renda. Um novo formato do sistema familiar com mais responsabilidades, prováveis dificuldades financeiras e de qualidade de vida, gera muitas incertezas e ansiedade nas gestantes.¹⁷

Em contrapartida, ainda que a mulher tenha um bom emprego e situação econômica confortável, as demais atividades exercidas por ela podem se tornar fator de estresse durante a gestação.¹⁸

Manutenção das relações interpessoais

Na gestação, a mulher passa a ter um corpo que se transforma a cada dia e que sofre várias alterações emocionais, durante esse período, ela pode ficar mais vulnerável, e, em termos de saúde emocional, ela pode emergir mais fortalecida e amadurecida, ou, então, mais enfraquecida ou confusa. Por isso, esse período é tão especial para a mulher, seu parceiro e demais filhos e, finalmente, para todos da família, pois a mulher não somente passa por mudanças em seu corpo, mas ela passa por mudanças também no modo de viver e enxergar o mundo, já que ela está sendo preparada para trazer uma vida ao mundo. Portanto, em decorrência dessas diversas transformações no corpo e na mente da mulher, é de suma importância o acompanhamento médico, psicológico e presença de uma rede de apoio durante a gravidez.¹⁹

Família é o coração do sistema social e se alguém quiser manter a saúde da sociedade, a melhor forma é descobrir um meio de nutrir coração (família), pois ela é quem ajuda a construir o ser humano, provê amor e cuidado e constrói crianças e futuros adultos saudáveis.²⁰ Ao levar esse conceito em consideração, é possível perceber que um suporte de extrema importância para as gestantes, é a família. Essa relação bem estabelecida, dá a mulher uma rede de apoio a qual ela consiga superar desafios e a enfrentar os medos, anseios, angústias e conflitos.²¹

Em um estudo qualitativo feito com gestantes apontou mudanças na relação conjugal. As mulheres relataram o aumento da conexão, união e solidez no relacionamento após descobrirem que estavam grávidas.²² Outro estudo mostrou que algumas gestantes receberam total apoio de suas famílias, e isso acarretou um desenvolvimento positivo da gestação, pois se sentiram mais confiantes, já outras gestantes não receberam esse apoio, mas ao decorrer da gestação a família conseguiu assimilar essa nova fase.²¹

Além da família, outra rede de apoio importante são as doulas, mulheres que auxiliam a gestante e a família durante o período perinatal, atendendo as necessidades e carências da mulher, assim como acalmar e trazer segurança nesse processo.²³ A doula consegue dar suporte físico, emocional, social e espiritual à mulher e é importante que essa profissional possa ser reconhecida e que as gestantes saibam que podem ter esse suporte na gestação.²⁴

Com este estudo, foi possível identificar que o apoio à gestante com redes de apoio, sejam elas familiar, social ou por um profissional da saúde, em ações conjuntas, fornece às gestantes maior segurança e melhor orientação para vivenciar o processo gestacional.²⁵

Sexualidade na gestação

A sexualidade é algo que está dentro de todo ser humano, ela não é caracterizada pela necessidade de sexo, mas pela necessidade básica de se relacionar com o outro, recebendo e dando amor, contato e intimidade. É algo fundamental de ser discutido, pois ela interfere nas ações, sentimentos, interações, na saúde física e mental²⁶. E é caracterizado por adaptações fisiológicas, biológicas, sociológicas, culturais, e espirituais do ser humano, sua vivência, bem-estar comportamental físico e emocional, desenvolvimento afetivo em relação às outras pessoas e a própria expressão do ser.²⁷

A sexualidade é um aspecto muito importante na qualidade de vida do ser humano porque ela faz parte de quem uma pessoa é, e do que ela sente e faz, e para que sexualidade se desenvolva, as necessidades humanas básicas precisam ser supridas, alguns exemplos são: intimidade, carinho, expressão emocional, prazer e amor.²⁸

A afetividade são fenômenos experimentados e vividos na forma de emoção, sentimento e paixão. A emoção é uma forma de expressão corporal que tem o poder plástico, expressivo e contagioso, o corpo estabelece padrões posturais em cada emoção. Ela age de forma mútua entre os indivíduos e estimula o desenvolvimento cognitivo. Já a expressão é uma forma representativa da afetividade, ou seja, os sentimentos, principalmente nos adultos traduz os motivos e as circunstâncias presentes da demonstração daquele sentimento. A paixão é uma forma de suprir as necessidades afetivas do ser humano.²⁹

A forma como a sexualidade é vivida e expressada é muito importante, e essas características vêm a partir de pensamentos, fantasias, desejos, atitudes, valores, crenças, práticas e relacionamentos. Ela é influenciada por fatores biológicos, psicológicos, econômicos, culturais e religiosos, e é um dos pilares da qualidade de vida e da saúde geral do indivíduo.³⁰ É importante entender que a sexualidade deve ser vista de forma ampla, ou seja, entender que ela pode se manifestar em todas as fases da vida.³¹

O prazer sexual é uma imbricação do outro em nós, de nós no outro, pode-se configurar vínculo que vai além do relacionar-se usual e que se caracteriza pela necessidade de satisfação do prazer sexual. Necessidade latente em todos os indivíduos e em alguns momentos da vida, diante das fragilidades do corpo físico e das relações interpessoais que ao se encontrar limitada, o indivíduo pode desejar se esquivar do relacionamento afetivo/sexual.³²

O exercício do prazer se vincula à relação que se tem com o próprio corpo, com o outro e com o mundo. Assim, exercitar a sexualidade não é ter vida sexual ativa somente, é se encontrar consigo mesmo, é se sentir acompanhado, é ter o outro como presença viva, atuante, como ser-com-o-outro num ambiente afetivo. Se assim for, as limitações físicas não serão entraves para o prazer de estar junto com o outro. E ainda, o autor descreve em seu estudo o relato de uma participante da pesquisa onde sua fala desvela que o corpo é objeto de prazer e que, no exercício do prazer, também é possível que o Ser sinta a importância do outro para si. Mas o que o difere dos outros animais é que a satisfação desse prazer não se encerra com o orgasmo. A vida sexual não pode ser circunscrita a um aparelho orgânico e não é pela vida sexual que se compreende a existência.

O que dá sentido à vida é a possibilidade do compartilhar vivências, emoções, prazeres, alegrias e tristezas.³²

Mitos e tabus

Existem muitos mitos e tabus sobre a sexualidade e o sexo em si, devido a crenças religiosas e outras crenças limitantes. A igreja, por muito tempo, ditou os comportamentos sexuais, dando ênfase ao sexo somente para procriação, e não como uma forma de prazer e conexão.²⁶ O sexo era visto através do medo e do temor, de doenças sexualmente transmissíveis, do pecado, da gravidez e outros.³³

Outro fato é que a sexualidade feminina sempre esteve envolvida em mitos e tabus que ficam registrados no inconsciente coletivo, e por manter-se envolta em mistérios, pecados e preconceitos, dificulta o vivenciar da mesma além de que influencia na compreensão das múltiplas possibilidades do relacionamento.³²

A gestação é um dos ciclos da vida da mulher em que a sua sexualidade é afetada e influenciada por diversos fatores como, as alterações na percepção da imagem corporal, diminuição no nível de energia, presença de sintomas fisiológicos e desconfortos corporais, qualidade dos relacionamentos, alterações de humor, necessidade de uma nova adaptação física, emocional, existencial e também sexual que podem ser sentidos pela gestante, bem como por seu parceiro.³⁷ Em uma pesquisa relacionada a sexualidade na gestação feita pela Cristina Lazar, ela aponta uma queda nas relações sexuais entre os casais de 25% a cada trimestre, o que comprova as mudanças relatadas acima.³⁴

A humanização no cuidado de enfermagem às mulheres que vivenciam dificuldades relacionadas à sua sexualidade, como essência do “ser” mulher, e da prática sexual pelas alterações características da fisiologia específica da fase vivida, requer o acolhimento dessa mulher para que haja resolutividade nas respostas às suas necessidades. E esse é um campo onde é necessário mais avanço, visto que a sexualidade no climatério ainda não é uma área muito confortável aos enfermeiros que trabalham diretamente com a atenção primária. Estudos mostram que o despreparo na formação acadêmica requer reformulação da grade curricular e melhor embasamento dos enfermeiros na assistência à sexualidade.³⁵

A vivência da sexualidade está relacionada a fatores que ultrapassam os aspectos geracionais e sociodemográficos, estando mais relacionados aos aspectos culturais³⁶. Entretanto, há que se pensar que alguns fatores podem ser condicionantes desse comportamento de aversão, principalmente aqueles que se concentram no imaginário e no psiquismo feminino. Isso resulta em uma situação de bloqueio psicológico para a vivência da relação sexual, com possibilidades de evolução, se forem alimentados.³⁷

Estudos revelam mudanças na vivência da sexualidade conforme relatos das mulheres onde mencionaram modificações significativas nesse âmbito. Estas alterações sexuais são consideradas incômodas, visto que repercutem na sua relação com o parceiro e consigo mesma.³⁸

Outros resultados apontaram que a vida sexual da mulher no climatério ancorou-se nos estereótipos femininos de uma formação cultural conservadora, em que o sexo e o amor devem caminhar juntos, como algo indissociável e dependente um do outro.³⁹

Vale lembrar que a sexualidade é um dos pilares da qualidade de vida e fator indispensável para manutenção da interação social e criação de vínculos. Portanto, é preciso ajudá-las, fortalecê-las, empoderando-as para que passem por essa fase de suas vidas com a maior naturalidade possível.³⁵

Ao longo de seu processo de viver, as mulheres buscam fortalecer sua autoestima e suas singularidades, afirmando-se como mulheres. Na interação com outros em seu cotidiano, se revelam, amam, sofrem, são felizes e se transformam. O relacionamento conjugal revelou-se um fator importante para o viver saudável, sendo essencial para o processo de socialização da mulher, formação de sua identidade e sentimento de pertença a um grupo social. Para as mulheres, a busca da autonomia e dos direitos tem sido primordial para fortalecer o papel social da mulher, a vivência plena da cidadania e a visibilidade da mulher na sociedade.⁴⁰

Considerações Finais

Esse estudo atendeu aos objetivos propostos, pois conseguiu mostrar de forma geral as implicações da gestação na vida da gestante. É possível observar que as mudanças na vida da parturiente, de seu parceiro e familiares são profusas e muitas vezes, difíceis de lidar, principalmente para a parturiente, que se vê em uma fase completamente diferente da vida, com mudanças e transformações em todas as áreas.

Constatou-se que cada mulher externaliza seus sentimentos de descoberta de gravidez de forma diferente, algumas ficam animadas e sentem prazer, outras ficam tristes e receosas com o que está por vir. Mas o fato é que, a rede de apoio da gestante faz toda diferença, principalmente o parceiro, a mulher se sente segura e confiante ao saber que seu parceiro estará com ela nessa jornada.

Além disso, outras implicações importantes foram destacadas, como por exemplo as jornadas múltiplas da mulher. Seja em situação de baixa ou alta renda, ter apoio nas diversas funções que realiza, faz com que a mulher se sinta menos sobrecarregada e mais disposta a lidar com todas as transformações que a gestação traz. Na situação de baixa renda, vale ressaltar ainda que programas de planejamento familiar e apoio estatal para suprimento de necessidades básicas da família também são primordiais para o bem-estar emocional da gestante.

Outro ponto importante é a sexualidade, que por vezes é negligenciada e não vivenciada. Com as mudanças físicas e emocionais, as mulheres passam a se sentir inseguras com o próprio corpo e com as mudanças hormonais, que muitas vezes geram o aumento ou a diminuição da libido. Para mais, observou-se a dificuldade que a parturiente e seu parceiro têm de vivenciar a sexualidade na gestação, vezes por não saber o que pode ou não ser praticado e vezes por medo de machucar o feto. Por isso é importante que haja uma equipe multidisciplinar que oriente as mulheres e seus parceiros de forma holística.

Para que a sexualidade seja um ponto a ser valorizado e melhor considerado durante a gestação, é necessário suprir fatores essenciais de bem

estar da gestante e para isso tanto medidas públicas como por exemplo o fortalecimento de programas de saúde básica que auxiliem as mulheres a realizarem planejamento familiar no intuito de promover melhor estado emocional para a gestante, como também medidas interpessoais: presença de rede de apoio de amigos e familiares para que não haja sobrecarga de funções para a mulher, precisam ser tomadas.

Esse estudo torna-se relevante uma vez que destacou pontos importantes que a gestação traz na vida da gestante e com isso, poderá instigar a enfermagem a interagir e auxiliar a parturiente de forma abrangente, ou seja, ensinar e dar apoio nas áreas física, emocional, espiritual e sexual.

Agradecimento

Essa pesquisa foi financiada pelos próprios autores.

Referências

1. Neme B. Livro de obstetrícia básica. 2. ed. São Paulo: Editora Savier; 2000. [Citado em 2021 mai 30]
2. Ministério da Saúde (BR). Assistência pré-natal: manual técnico. Brasília: Ministério da saúde; 2000. [Citado em 2021 mai 30] Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_11.pdf
3. Andreucci CB, Cecati JG. Desempenho de indicadores de processo do programa de humanização do pré-natal e nascimento no Brasil. Cad. Saúde Pública. 2011 jun; 27(6):1053-1064. [Citado em 2021 mai 30] Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/nCSZBSNNVfwz4vT8bzbGbnVv/?format=pdf&lang=pt>
4. Abeche AM. A gestante adolescente e seu parceiro: Características do relacionamento do casal e aceitação da gravidez. Revista HCPA. 2003; 25 (7): 535. [Citado em 2021 mai 30]. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbgo/a/JGGD5HwY3r4tyn6HqZ5R95k/?format=pdf&lang=pt>
5. Ministério da Saúde (BR). Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. [Citado em 2021 mai 30]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pre-natal_puerperio_atencao_humanizada.pdf
6. Ludke M, Andre M. Pesquisa em educação: abordagens qualitativas. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária; 1986. [Citado em 2021 mai 30]
7. Ministério da Saúde (BR). Saúde de a-z/gravidez. Brasília: Ministério da Saúde; 2016. [Citado em 2021 mai 30] Disponível em: <https://antigo.saude.gov.br/saude-de-a-z/gravidez>
8. Fernandes CE. Tratado de Obstetrícia Febrasgo. 1. ed. Rio de Janeiro: [Elsevier Editora Ltda]: Grupo GEN; 2018. [Citado em 2021 mai 30]

9. Montenegro CAB, Rezende JF. *Obstetrícia fundamental*. 14. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2019. [Citado em 2021 mai 30]

10. De Felice, E. M. *A Psicodinâmica do Puerpério*. São Paulo: Editora Vetor; 2000.

11. Bonadio IC, Tsunehiro MA. *Diagnóstico de gravidez. Enfermagem no ciclo gravídico-puerperal*. Barueri, SP: Editora Manole; 2006. Cap. 1, p. 4 a 9. [Citado em 2021 mai 30]

12. Camacho KG, Vargens OMC, Progianti JM & Spíndola T. Vivenciando repercussões e transformações de uma gestação: perspectivas de gestantes. *Ciencia y Enfermeria Concepcion*; 2010; 16 (2), 115-125. [Citado em 2021 mai 30] Disponível em: https://scielo.conicyt.cl/pdf/cienf/v16n2/art_12.pdf

13. Rugolo LMSS, Bottino J, Scudeler SEM, Bentlin MR, Trindade CEP, Perosa GB, et al. Sentimentos e percepções de puérperas com relação à assistência prestada pelo serviço materno-infantil de um hospital universitário. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.* 2004; 4(4): 423-433. [Citado em 2021 mai 30]. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/CPtjCd5Bhs6jZSsVCby7fKp/?format=pdf>

14. Vasques FAP. *Pré-natal: um enfoque multiprofissional*. São Paulo: Rubio; 2006. [Citado em 2021 mai 30]

15. Bruschini C. O trabalho da mulher brasileira nas décadas recentes. *Estudos Feministas*, n.e., p.179-99, 1994. [Citado em 2021 mai 30]

16. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Sinopse do Censo Demográfico*; 2012. [Citado em 2021 mai 30]

17. Simas FB, Souza LV & Scorsolini-Comim F. Significados da gravidez e da maternidade: Discursos de primíparas e múltiparas. *Revista Psicologia: Teoria e Prática*; 2013. [Citado em 2021 mai 30] Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ptp/v15n1/02.pdf>

18. Ministério da Saúde (BR). *Atenção ao pré-natal de baixo risco*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2012. [Citado em 2021 mai 30] Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf

19. Silva EAT. *Gestação e preparo para o parto: programas de intervenção*. São Paulo; 2013. [Citado em 2021 mai 30] Disponível em: http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/102/10.pdf

20. Moreira LVC, Silva CN, Chaves RA. Bronfenbrenner e o modelo bioecológico: contribuições para a família. *Revista SEMOC*. [Citado em 2021 mai 30] Disponível em: <http://ri.ucsal.br:8080/jspui/bitstream/prefix/3039/1/Bronfenbrenner%20e%20o%20modelo%20bioecol%C3%B3gico.pdf>

21. Silva JL. *Percepção da gestante sobre sua família e gestação por meio do modelo Calgary e da Hermenêutica*. Tese (Mestrado). Rio Grande do Norte: Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2018. [Citado em 2021 mai 30] Disponível em: https://repositorio.ufrn.br/bitstream/123456789/25725/1/JoseLenarteDaSilva_DISSERT.pdf

22. Piccinini CA, Gomes AG, Nardi T, Lopes RS. Gestação e a constituição da maternidade. *Psicologia em Estudo*. 2008; 13(1), 63-72. [Citado em 2021 mai 30] Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/pe/a/dmBvk536qGWLgSf4HPfPg6f/?format=pdf&lang=pt>

23. Leão CM, Oliveira SMJV. O Papel da Doula na Assistência a Parturiente. *Reme. Rev. Min. Enfermagem*; 2005. [Citado em 2021 mai 30] Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/380>

24. Silva RM, Barros NF, Jorge HMF, Melo LPT, Junior ARF. Evidências qualitativas sobre o acompanhamento por doulas no trabalho de parto e no parto. *Ciência & Saúde Coletiva*; 2012. 17(10):2783-2794; [Citado em 2021 mai 30] Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/zNSMKtmQVWb89TkwhNmFwPC/?format=pdf&lang=pt>

25. Pio DAM, Capel MS. Os significados do cuidado na gestação; 2015. *Revista Psicologia e Saúde*; 2015, v. 7, n. 1, p. 74-81. [Citado em 2021 mai 30] Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpsaude/v7n1/v7n1a10.pdf>

26. Silva CHM, Lopes GP, Vale FBC. *Manual SOGIMIG – Sexologia*. 1. ed. Rio de Janeiro: MedBook Editora; 2019. [Citado em 2021 mai 30]

27. Potter P. *Fundamentos de Enfermagem*. 9. ed. Grupo GEN; 2018. [Citado em 2021 mai 30]

28. Ministério da Saúde (BR). *Direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais*. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. [Citado em 2021 mai 30] Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_direitos_sexuais_reprodutivos.pdf

Almeida LR, Mahoney AA. *Henri Wallon: Psicologia e Educação*. 11. ed. São Paulo: Edições Loyola, 2000. [Citado em 2021 mai 30]

29. Organização Mundial da Saúde (BRA). *Saúde Sexual, direitos humanos e a lei*; 2015. [Citado em 2021 mai 30]. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/175556/9786586232363_por.pdf

30. Vitiello N. Um breve histórico do estudo da sexualidade humana. *Revista Brasileira de Medicina*. Edição especial Ciber Saúde, v55, nov; 1998. [Citado em 2021 mai 30]

31. Gonçalves R, Barbosa M, Miriam A. Reflexões sobre a sexualidade durante a vivência do climatério. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 17, n. 2; 2009. [Citado em 2021 mai 30] Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/gfdHRGnQkfGvFctgwPsrvvN/?format=pdf&lang=pt>

32. Glina S, Ankier C. *Manual Prático de Condutas em Medicina Sexual e Sexologia*. [Santos Editora]; Grupo GEN; 2013. [Citado em 2021 mai 30]

33. Savall ACR, Mendes AK, Cardoso FL. Perfil do comportamento sexual na gestação. *Fisioterapia em Movimento*; 2008. Curitiba: v. 21, n.2. [Citado em 2021 mai 30]

34. Lazar MCS. *Práticas sexuais de mulheres no ciclo gravídico-puerperal*. Tese (doutorado). São Paulo: Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas; 2002. [Citado em 2021 mai 30] Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/ses-sp/2002/ses-15994/ses-15994-668.pdf>

35. Andrade ARL, Freitas CMSM, Riegert IT, Arruda HNA, Costa DAC, Costa AM. Cuidado de enfermagem à sexualidade da mulher no climatério: reflexões sob a ótica da fenomenologia. REME rev. min. enferm; 2016. v. 20. [Citado em 2021 mai 30] Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/remeg.org.br/pdf/e964.pdf>

36. Santos SMP, Gonçalves RL, Azevedo EB, Pinheiro KD, Barbosa CA, Costa KNF. A vivência da sexualidade por mulheres no climatério. Revista de Enfermagem da UFSM. 2014. v. 4, n. 1, p. 113-122. [Citado em 2021 mai 30] Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/8819/pdf>

37. Oliveira DM, Jesus MCP, Merighi MAB. Climatério e sexualidade: a compreensão dessa interface por mulheres assistidas em grupo. Texto & Contexto-Enfermagem; 2008. v. 17, n. 3, p. 519-526. [Citado em 2021 mai 30] Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/Cb6LNgFptQnd8VztRdqCH3K/?format=pdf&lang=pt>

38. Araújo IA, Queiroz ABA, Moura MAV, Penna LHG. Representações sociais da vida sexual de mulheres no climatério atendidas em serviços públicos de saúde. Texto & Contexto Enfermagem; 2013. v. 22, n. 1. [Citado em 2021 mai 30] Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/j4wr57C9WfBdRfBC654gCnS/?format=pdf&lang=pt>

39. Zampieri MFM, Tavares CMA, Hames MLC, Falcon GS, Silva AL, Gonçalves LT. O processo de viver e ser saudável das mulheres no climatério. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem; 2009. v. 13, n. 2, p. 305-312. [Citado em 2021 mai 30] Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/QN3PMijxhmrh8qGgVf4v3WP/?format=pdf&lang=pt>

Autor de correspondência

Emile Maria dos Santos Honorio
Centro Universitário Planalto do Distrito Federal
Av. Pau Brasil - Lote 2. CEP: 71916-000-Águas Claras.
Brasília - Distrito Federal, Brasil.
emilehonorio.enfermagem@gmail.com

Perfil dos pacientes com doenças inflamatórias intestinais na região sudoeste do Distrito Federal

Profile of patients with inflammatory bowel diseases in the southwest region of the Federal District

Perfil de pacientes con enfermedades inflamatorias intestinales en la región suroccidental del Distrito Federal

Renata Filardi Simiqueli Durante¹, Marjorie Thomaz Moreira², Heleno Ferreira Dias³, José Miguel Luz Parente⁴, Pâmela Michelle Ernesto de Oliveira⁵, Maria Liz Cunha de Oliveira⁶

Como citar: Durante RFS, Moreira MT, Dias HF, Parente JML, Oliveira PME, Oliveira MLC. Perfil dos pacientes com doenças inflamatórias intestinais na região sudoeste do Distrito Federal. 2022; 11(3): 370-9. Doi: <https://doi.org/10.36239/revisa.v11.n3.p370a379>

REVISA

1. Hospital Regional de Taguatinga, Serviço de Gastroenterologia. Brasília, Distrito Federal, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0003-0826-3203>

2. Hospital Regional de Taguatinga, Serviço de Gastroenterologia. Brasília, Distrito Federal, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0002-8574-8725>

3. Hospital Regional de Taguatinga, Serviço de Gastroenterologia. Brasília, Distrito Federal, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0001-7110-135x>

4. Universidade Federal do Piauí, Serviço de Gastroenterologia. Teresina, Piauí, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0003-4563-2784>

5. Hospital Regional de Taguatinga, Serviço de Gastroenterologia. Brasília, Distrito Federal, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0003-4098-1387>

6. Universidade Católica de Brasília, Programa de Pós-graduação em gerontologia. Brasília, Distrito Federal, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0002-5945-1987>

Recebido: 15/04/2022
Aprovado: 14/06/2022

RESUMO

Objetivo: descrever o perfil de pacientes com doença de Crohn e retocolite ulcerativa, em ambulatório. **Método:** estudo epidemiológico transversal, descritivo, com coleta de dados secundários. As informações foram coletadas por meio de prontuário eletrônico da rede pública de saúde. **Resultados:** selecionados 68 pacientes, dos quais 22 (32,4%) eram do sexo masculino e 46 (67,6%) feminino. Ao diagnóstico 48 (70,6%) pacientes apresentavam retocolite, e 20 (29,4%) Crohn. Nestes, o padrão mais encontrado (30%) foi de acometimento colônico, enquanto que na retocolite, a maioria (45,8%) apresentou pancolite. Os pacientes tiveram, em média, 10 meses de sintomas antes do diagnóstico. O medicamento mais utilizado nas doenças inflamatórias intestinais foi o aminossalicilato. Cerca de 9% foram submetidos à cirurgia. Nenhum paciente apresentou óbito. **Conclusão:** a maioria dos achados foram ao encontro dos estudos nacionais atuais. Porém, a heterogeneidade da doença e a carência de estudos, parecem ser os principais fatores para divergências.

Descritores: Doenças Inflamatórias Intestinais; Doença de Crohn; Colite Ulcerativa; Epidemiologia.

ABSTRACT

Objective: to describe the profile of patients with Crohn's disease and ulcerative colitis in an outpatient clinic. **Method:** cross-sectional, descriptive epidemiological study with secondary data collection. The information was collected through an electronic medical record of the public health network. **Results:** 68 patients were selected, of whom 22 (32.4%) were male and 46 (67.6%) were female. At diagnosis, 48 (70.6%) patients had colitis, and 20 (29.4%) Crohn's. In these, the most common pattern (30%) was colonic involvement, while in colitis, the majority (45.8%) presented pancolitis. Patients had, on average, 10 months of symptoms before diagnosis. The most widely used medicine in inflammatory bowel diseases was aminosalicylate. About 9% underwent surgery. No patient died. **Conclusion:** most of the findings were in line with current national studies. However, the heterogeneity of the disease and the lack of studies seem to be the main factors for divergences.

Descriptors Inflammatory Bowel Diseases; Crohn's disease; Ulcerative colitis; Epidemiology.

RESUMEN

Objetivo: describir el perfil de los pacientes con enfermedad de Crohn y colitis ulcerosa en un ambulatorio. **Método:** estudio epidemiológico descriptivo transversal con recolección de datos secundarios. La información fue recolectada a través de una historia clínica electrónica de la red de salud pública. **Resultados:** Se seleccionaron 68 pacientes, de los cuales 22 (32,4%) eran hombres y 46 (67,6%) eran mujeres. En el momento del diagnóstico, 48 (70,6%) pacientes tenían colitis y 20 (29,4%) enfermedad de Crohn. En estos, el patrón más común (30%) fue la afectación colónica, mientras que en la colitis, la mayoría (45,8%) presentó pancolitis. Los pacientes tenían, en promedio, 10 meses de síntomas antes del diagnóstico. El medicamento más utilizado en las enfermedades inflamatorias intestinales fue el aminossalicilato. Alrededor del 9% se sometió a cirugía. Ningún paciente murió. **Conclusión:** la mayoría de los hallazgos estuvieron en línea con los estudios nacionales actuales. Sin embargo, la heterogeneidad de la enfermedad y la falta de estudios parecen ser los principales factores de divergencias.

Descritores: Enfermedades Inflamatorias Intestinales; Enfermedad de Crohn; Colitis ulcerosa; Epidemiología.

Introdução

A doença inflamatória intestinal (DII) é representada pela doença de Crohn (DC) e retocolite ulcerativa (RCU), com características próprias de comportamento e progressão. É uma inflamação crônica imunomediada, desencadeada pela convergência de fatores epigenéticos e ambientais (tabagismo, dieta ocidental e infecções prévias).¹⁻²

A DC tem maior incidência entre a segunda e quarta décadas de vida. A RCU, no entanto, tem padrão bimodal, com maior incidência entre a segunda e terceira décadas e entre 60 e 80 anos.³ São mais comuns no norte da Europa e América.⁴ No entanto, há uma tendência de aumento da incidência em regiões como: Ásia, Europa Oriental e América do Sul.² O Brasil ainda é considerado um país de baixa incidência e prevalência, embora seja evidente o crescimento no volume de consultas e internações por essas doenças.⁵⁻⁶ O país é responsável por um dos maiores aumentos de incidência dentro da América Latina, com aumento percentual anual de novos casos de 11,1% na DC e 14,9% na RCU, de 1988 a 2012.⁶⁻⁷

A DII representa um importante problema de saúde pública. Por seu curso clínico crônico e exacerbações frequentes, há interferência no desempenho escolar, profissional, prejuízo na qualidade de vida e aumento de custos dos sistemas de saúde.⁸

Pacientes com DC diagnosticados antes dos 20 anos têm expectativa de vida reduzida em torno de 7 a 13 anos. Embora o risco de morte relacionado à RCU seja pequeno, o risco acrescido de câncer colorretal neste espectro da DII é sabidamente maior, com taxa de incidência de 1,58/1000 pacientes/ano.⁸ Assim, na tentativa de minimizar os impactos da doença e aprimorar sua assistência, há uma tendência mundial de criar serviços especializados para o atendimento adequado desses pacientes.⁹

Estudos epidemiológicos de DII em países industrializados são limitados, devido à falta de sistemas de vigilância e registros em bancos de dados confiáveis e unificados, comum em muitos países ocidentais. Outro fator a ser considerado é a necessidade de organização dos sistemas de saúde em países de dimensões continentais e com problemas econômicos associados, como o Brasil, o que dificulta registros adequados, resultando em poucos estudos a serem realizados e publicados.¹⁰

Este estudo tem como objetivo avaliar o perfil epidemiológico das DII na população atendida em um ambulatório terciário da região sudoeste do Distrito Federal, no período de 2013 a 2020.

Método

Estudo epidemiológico transversal, descritivo, com delineamento de tendência temporal, baseado na coleta de dados secundários, em serviço realizado no ambulatório do Hospital Regional de Taguatinga (HRT), da Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SESDF). O ambulatório é referência

para a Região de Saúde Sudoeste (população estimada de 763.247 habitantes – IBGE, 2014) e abrange os municípios de Taguatinga, Águas Claras, Arniquireiras, Samambaia, Vicente Pires e Recanto das Emas. Taguatinga é a terceira cidade mais populosa do Distrito Federal (DF), com 222.598 habitantes (dados da Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios, 2016).

A amostra foi definida de forma não probabilística, por conveniência, constituída por pacientes maiores de 18 anos, residentes no Distrito Federal, acometidos por doença de Crohn ou retocolite ulcerativa, no período de 2013 a 2020. Foram excluídos menores de idade, os diagnosticados com malignidade, colite indeterminada, pacientes onde houve perda de seguimento e com dados incompletos do prontuário. Os dados foram obtidos pelo sistema TrakCare®, versão 2015, implantado na SES-DF em 2013.

O estudo investigou as seguintes variáveis: idade, sexo, raça, diagnóstico (DC ou RCU), tempo desde os sintomas até o diagnóstico, extensão da doença (escala de Montreal), local de residência, medicamentos em uso corrente e tratamento cirúrgico. Utilizou-se o software Microsoft® Excel 2010 para tabulação e análise dos dados. Foram calculadas medidas descritivas de posição e dispersão para as variáveis quantitativas, além do cruzamento dessas variáveis pelo teste exato de Fisher. O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS) aprovou este estudo sob o número 4.394.787.

Resultados

Entre janeiro de 2013 e dezembro de 2020, foram selecionados 88 pacientes com diagnóstico de DII. Destes, 3 (três) residiam fora do DF, 4 (quatro) tinham diagnóstico de colite indeterminada, 10 (dez) dados incompletos do prontuário e 3 (três) perderam seguimento, portanto, foram excluídos. Permaneceram no estudo 68 pacientes, com média de idade de 42,3 anos, variando de 18 a 82 anos. A média de idade ao diagnóstico na DC foi de 44,9 anos (desvio padrão $\pm 14,9$ anos), enquanto nos com RCU foi de 41,6 (desvio padrão $\pm 15,5$). Para ambos houve heterogeneidade na distribuição etária, e para RCU a variabilidade foi maior. A Tabela 1 apresenta as características sociodemográficas da amostra.

A Tabela 2 identifica a distribuição percentual dos pacientes de acordo com o fenótipo da doença, padronizado pela classificação de Montreal. Na retocolite foi considerada a extensão da doença, enquanto na DC a idade ao diagnóstico, local de acometimento do trato gastrointestinal e comportamento (inflamatório, penetrante ou estenosante). Para DC, 30% dos pacientes apresentaram o padrão “A3L2B1”, enquanto na RCU, 45,8% apresentaram o padrão “E3”.

Em relação ao tempo de sintomas antes do diagnóstico, os pacientes tinham, em média, 10 meses de sintomas até o diagnóstico. Separadamente, os pacientes com DC apresentaram 11,4 meses de sintomas (desvio padrão $\pm 10,7$ e coeficiente de variação 93,8%), enquanto para retocolite essa média foi de 9,3 meses (desvio padrão $\pm 7,1$ e coeficiente de variação 76,2%). As informações sobre a dispersão temporal dos sintomas antes do diagnóstico ilustraram a alta variabilidade desses dados.

O medicamento mais utilizado em pacientes com RCU foi o aminossalicilato em 97,9% dos casos, seguido pela azatioprina em 29,1%. Nenhum paciente fazia uso de terapia imunobiológica, mesmo os pacientes com pancolite. Nos pacientes com DC, os aminossalicilatos também corresponderam a terapêutica mais frequente e usada em 65% dos pacientes, sendo 45% em associação com azatioprina e os 20% restantes na forma de monoterapia. Todos os pacientes em uso de aminossalicilato como monoterapia tinham padrão de acometimento colônico (estabelecido pela classificação de Montreal), enquanto os em terapia combinada com azatioprina apresentavam distribuição equivalente entre os padrões de acometimento de delgado, colônico ou ileocolônico. Poucos fizeram uso de imunobiológicos, 20% do total de indivíduos com DC, três em uso de adalimumabe e apenas um em uso de infliximabe. A Tabela 3 ilustra a distribuição do uso de medicamentos na RCU e na DC - de acordo com a extensão da doença e com a localização de acometimento pela doença e fenótipo, respectivamente. Apenas 9% dos pacientes da amostra foram operados (uma colectomia direita por condição semioclusiva, duas colectomias subtotais por neoplasia, uma colectomia total por megacólon tóxico e duas drenagens por abscesso perianal). Nenhum paciente teve morte relacionada à DII como desfecho.

Tabela 1- Características sociodemográficas dos pacientes com DII. Brasília, 2013-2020.

Variáveis	N (%)
Sexo	
Masculino	22 (32,4%)
Feminino	46 (67,6%)
Sexo por tipo de doença	
Doença de Crohn(DC)	
Masculino	8 (40%)
Feminino	12 (60%)
Retocolite Ulcerativa (RCU)	
Masculino	14 (29,2%)
Feminino	34 (70,8%)
Raça declarada	
Branços	16 (23,5%)
Pardos	42 (61,8%)
Pretos	10 (14,7%)
Tipo de doença	
Doença de Crohn	20 (29,4%)
Retocolite Ulcerativa	48 (70,6%)
Local de residência no Distrito Federal por tipo de doença	
Doença de Crohn	
Águas Claras	1 (5%)
Ceilândia	4 (20%)
Recanto das Emas	1 (5%)
Riacho Fundo	1 (5%)
Samambaia	2 (10%)

Santa Maria	1 (5%)
Taguatinga	10 (50%)
Retocolite Ulcerativa	
Ceilândia	13 (27,1%)
Cruzeiro	1 (2,1%)
Gama	1 (2,1%)
Guará	1 (2,1%)
Recanto das Emas	4 (8,3%)
Riacho Fundo	1 (2,1%)
Samambaia	9 (18,7%)
Taguatinga	18 (37,5%)
Distribuição por faixa etária (em anos) por tipo de doença	
Doença de Crohn	
nov/20	2 (10%)
21-30	-
31-40	3 (15%)
41-50	6 (30%)
51-60	4 (20%)
61-70	2 (10%)
71-80	3 (15%)
81-90	-
Retocolite Ulcerativa	
nov/20	3 (6,3%)
21-30	6 (12,5%)
31-40	5 (10,4%)
41-50	11 (22,9%)
51-60	9 (18,7%)
61-70	10 (20,8%)
71-80	3 (6,3%)
81-90	1 (2,1%)

Tabela 2. Percentual de pacientes segundo extensão e/ou fenótipo da doença (Classificação de Montreal) e diagnóstico. Brasília, 2013-2020.

Idade ao diagnóstico*	Doença de Crohn
A1	-
A2	30%
A3	70%
Total	100%
Acometimento da doença*	Doença de Crohn
L1	30%
L2	45%
L3	25%
Total	100%
Fenótipo da doença*	Doença de Crohn
B1	67%
B2	19%
B3	14%
Total	100%
Extensão da doença**	Retocolite Ulcerativa
E1	22,90%
E2	31,30%

E3 45,80%
Total 100%

*Classificação de Montreal na DC - Idade ao diagnóstico (A1 <16 anos; A2 17-40 anos; A3 >40 anos); localização (L1 íleo terminal; L2 cólon; L3 ileocolônica; L4 trato gastrointestinal alto); comportamento (B1 inflamatório; B2 estenosante; B3 fistulizante); p = Modificador doença perianal (p), acrescentado a B1-B3, se doença perianal concomitante; **Classificação de Montreal adaptada (extensão) na RCU - E1: doença limitada ao reto; E2: até flexura esplênica; E3: proximal à flexura esplênica.

Tabela 3- Distribuição dos medicamentos na RCU e DC* - Segundo extensão da doença na RCU (n/ %); e na DC - de acordo com a localização/fenótipo (n/ %). Brasília, 2013-2020.

Retocolite Ulcerativa (48/70,6%)						
	Medicamento Extensão da doença (n/%)					
	Retite		Colite esquerda		Pancolite	
	(11/22,9%)		(15/31,3%)		(22/45,8%)	
Aminossalicilato oral	10/91%		15/100%		22/100%	
Monoterapia	3/30%		6/40%		6/27,3%	
Associado	7/70%		8/53,3%		6/27,3%	
aminossalicilato tópico	1/9,1%		1/9,7%		12/54,5%	
Monoterapia	0		0		0	
Associado	1/100%		1/100%		12/100%	
Imunobiológico	-**		-		-	
Doença de Crohn (20/29,4%)						
Medicamento	Localização (n/%)			Comportamento (n/%)		
	L1	L2	L3	B1	B2	B3
Aminossalicilato oral monoterapia	-	4/100%	-	4/100%	-	-
Aminossalicilato oral associado azatioprina	3/33,3%	3/33,3%	3/33,3%	8/89,9%	1/10,1%	-
Azatioprinamonoterapia	1/33,3%	2/66,7%	-	1/33,3%	1/33,3%	1/33,3%
Imunobiológico	2/50%	1/25%	1/25%	1/25%	1/25%	2/50%

*RCU - Retocolite Ulcerativa; DC - Doença de Crohn./ ** Dado numérico igual a zero, não resultante de arredondamento.

Discussão

Neste estudo, a RCU foi mais prevalente que a DC, achado que corresponde ao encontrado em estudos nacionais⁷ Parente et al. (2015) observaram diagnóstico de RCU em 60,3%, em comparação com 39,7% que tinham DC.¹¹

Houve predominância do sexo feminino com percentual de 67,6%, porém equilíbrio poderia ter ocorrido com o aumento da amostra.^{7,11} A causa do maior percentual de acometimento em mulheres é complexa, mas talvez possa estar relacionada a sua maior entrada em empregos no setor industrial e, com isso, maior exposição aos fatores de risco ambientais envolvidos nas DII. Além disso, a população de mulheres geralmente ainda procura atendimento médico mais cedo.¹²

Da distribuição étnica, 76,5% eram pretos ou pardos e 23,5% brancos. É possível que esses achados reflitam a miscigenação étnica brasileira. Segundo o

IBGE (2021) 54,8% da população brasileira se declara preta ou parda. No entanto, estudos internacionais relatam maior prevalência em caucasianos, em comparação com negros e asiáticos.¹³

O perfil etário foi discretamente superior ao apresentado na maior parte dos estudos epidemiológicos nacionais, mas bastante semelhante ao estudo de Campo Grande, onde a média encontrada foi de 46,01 anos.¹²

A extensão mais comum na RCU foi pancolite (45,8%), seguida de colite esquerda (31,3%) e proctite (22,9%). Esses dados apresentam divergência com alguns estudos da literatura. Parente et al. (2015) observaram predominância de colite esquerda, seguida de proctite e pancolite. No entanto, para Arantes et al (2017), a maioria dos pacientes apresentou pancolite (40,6%), seguida de colite esquerda (35,6%) e proctite (23,8%).¹¹⁻¹² Esses resultados refletem a heterogeneidade na apresentação da DII, que merece mais estudos para melhor definir a extensão diagnóstica predominante em nosso país.

Em relação ao fenótipo na DC, 45% apresentavam envolvimento de intestino grosso, 30% intestino delgado e 25% acometimento ileocecal. Semelhante, Arantes et al (2017) observou 78% de acometimento colônico e 37% do intestino delgado.¹¹⁻¹²

Como a RCU tem sintomas previsíveis, há menos atraso no diagnóstico, em torno de 2 a 4 meses.¹⁴⁻¹⁵ Na DC ocorre o inverso devido à sua apresentação heterogênea e insidiosa.¹⁴ Na maioria dos países em desenvolvimento, esse atraso é superior a 18 meses. Estudos mostram mudança no curso da doença quando há diagnóstico precoce (menos de 18 meses) e início rápido do tratamento.¹⁶ Observamos um tempo médio de sintomas antes do diagnóstico de 10 meses, sendo que na DC foi de 11,4 meses e na RCU de 9,3 meses. A duração média dos sintomas na RCU foi superior ao esperado na literatura. Embora os pacientes com DC tenham sido diagnosticados precocemente, a pequena amostra em nosso estudo não permite uma associação positiva.

A monoterapia foi o esquema mais utilizado na RCU e o principal fármaco utilizado o aminossalicilato, constituindo a primeira linha de tratamento nos casos leves a moderados.¹⁶ Seu uso está bem estabelecido no tratamento de manutenção da doença.¹⁷⁻¹⁸ A grande utilização dessa classe de fármacos, mesmo em pacientes com pancolite (onde, pela extensão e gravidade, é mais comum o uso de outras classes terapêuticas - imunossupressores e imunobiológicos) pode ser explicado pelo fato de o local do estudo não ser um centro de referência em DII e, portanto, ter pacientes com perfil de gravidade mais baixo.

A medicação mais utilizada no tratamento da DC também foi o aminossalicilato, seguido do imunossupressor (azatioprina). Esse medicamento tem seu uso bem estabelecido na manutenção da doença de Crohn moderada a grave, tanto no do intestino delgado quanto no cólon.¹⁹⁻²⁰ O início de ação (12-16 semanas) inviabiliza seu uso isolado em induzir a remissão do quadro da doença e, portanto, há uma importante associação entre imunossupressores e corticosteroides.²¹⁻²² Nosso estudo não

conseguiu registrar o número de pacientes que usaram corticosteróides. Houve um alto percentual de pacientes em uso de aminossalicilatos, que não são recomendados em pacientes com DC. Estes não se mostraram superiores ao placebo, nem para induzir e/ou manter a remissão, bem como não atuam na gênese transmural da doença.²² O perfil dos especialistas da instituição, não atuando no cenário das DII, pode explicar esse resultado.

O baixo número de pacientes submetidos à cirurgia (cerca de 9% do total) pode ter ocorrido devido à pequena amostra do seguimento, o que impossibilita estabelecer associações com fenótipo e tempo de atraso diagnóstico. Essas e outras divergências em nosso estudo também eram esperadas pela heterogeneidade da doença e por seu amplo espectro.

Conclusão

A RCU foi mais prevalente e o padrão de extensão mais comum da doença foi a pancolite, enquanto na DC foi o acometimento ileocolônico. As mulheres e os pacientes pretos ou pardos foram os mais acometidos, com média de idade de 42,3 anos. A monoterapia com aminossalicilatos foi o esquema terapêutico mais utilizado tanto para DC, quanto na RCU. A terapia combinada mais utilizada na DC foi a de imunossupressor (azatioprina) com aminossalicilato oral e na RCU foi a tópica com salicilato sistêmico. A maioria dos pacientes estava assintomática na última consulta.

O desenho metodológico representa uma limitação, pois determina um momento na qual fator e efeito são observados num mesmo momento histórico, mas que podem mudar ao longo do tempo. Assim, o monitoramento contínuo do banco de dados e estudos prospectivos devem ser realizados para caracterizar o comportamento desta doença, em longo prazo.

Agradecimento

Essa pesquisa não recebeu financiamento para sua realização.

Referências

1. Guan Q. A Comprehensive Review and Update on the Pathogenesis of Inflammatory Bowel Disease. *J Immunol Res.* 2019;2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31886308/>
2. Flynn S, Eisenstein S. Inflammatory Bowel Disease Presentation and Diagnosis. *Surg Clin North Am.* 2019;99(6):1051-62. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31676047/>

3. Mak WY, Zhao M, Ng SC, Burisch J. The epidemiology of inflammatory bowel disease: East meets west. *J Gastroenterol Hepatol*. 2020;35(3):380-9. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31596960/>
4. Selinger CP, Ochieng AO, George V, Leong RW. The Accuracy of Adherence Self-report Scales in Patients on Thiopurines for Inflammatory Bowel Disease: A Comparison with Drug Metabolite Levels and Medication Possession Ratios. *Inflamm Bowel Dis*. 2019;25(5):919-24. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30265299/>
5. Ungaro R, Mehandru S, Allen PB, Peyrin-Biroulet L, Colombel JF. Ulcerative colitis. *Lancet*. 2017;389(10080):1756-70. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27914657/>
6. Zaltman C, Parra RS, Sasaki LY, Santana GO, de Lourdes Abreu Ferrari M, Miszputen SJ, et al. Real-world disease activity and sociodemographic, clinical and treatment characteristics of moderate-to-severe inflammatory bowel disease in Brazil. *World J Gastroenterol*. 2021;27(2):208-23. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33510560/>
7. Kotze PG, Underwood FE, Damião AOMC, Ferraz JGP, Saad-Hossne R, Toro M, et al. Progression of Inflammatory Bowel Diseases Throughout Latin America and the Caribbean: A Systematic Review. *Clin Gastroenterol Hepatol* [Internet]. 2020;18(2):304-12. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.cgh.2019.06.030>
8. Calderón M, Minckas N, Nuñez S, Ciapponi A. Inflammatory Bowel Disease in Latin America: A Systematic Review. *Value Heal Reg Issues*. 2018;17:126-34. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29936359/>
9. Kleinubing-Júnior H, Pinho M de SL, Ferreira LC, Bachtold GA, Merki A. Perfil dos pacientes ambulatoriais com doenças inflamatórias intestinais. *ABCD Arq Bras Cir Dig (São Paulo)*. 2011;24(3):200-3. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/abcd/a/9fcn7WSgF4qYnMYV88BCqwb/abstract/?lang=pt>
10. Quaresma AB, Kaplan GG, Kotze PG. The globalization of inflammatory bowel disease: The incidence and prevalence of inflammatory bowel disease in Brazil. *Curr Opin Gastroenterol*. 2019;35(4):259-64. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30973356/>
11. Parente JML, Coy CSR, Campelo V, Parente MPPD, Costa LA, Da Silva RM, et al. Inflammatory bowel disease in an underdeveloped region of Northeastern Brazil. *World J Gastroenterol*. 2015;21(4):1197-206. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4306164/>
12. Arantes JAV, dos Santos CHM, Delfino BM, da Silva BA, de Souza RMM, de Souza TMM, et al. Epidemiological profile and clinical characteristics of patients with intestinal inflammatory disease. *J Coloproctology* [Internet]. 2017;37(4):273-8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jcol.2017.06.004>
13. Salgado VCL, Luiz RR, Boéchat NLF, Leão IS, Do Carmo Schorr B, Parente JML, et al. Risk factors associated with inflammatory bowel disease: A multicenter case-control

study in Brazil. *World J Gastroenterol.* 2020;26(25):3611–24. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7366056/>

14.Sairenji T, Collins KL, Evans D V. An Update on Inflammatory Bowel Disease. *Prim Care - Clin Off Pract* [Internet]. 2017;44(4):673–92. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.pop.2017.07.010>

15.Lee DW, Koo JS, Choe JW, Suh SJ, Kim SY, Hyun JJ, et al. Diagnostic delay in inflammatory bowel disease increases the risk of intestinal surgery. *World J Gastroenterol.* 2017;23(35):6474–81. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5643273/>

16.Roda G, Chien Ng S, Kotze PG, Argollo M, Panaccione R, Spinelli A, et al. Crohn's disease. *Nat Rev Dis Prim* [Internet]. 2020;6(1). Available from: <http://dx.doi.org/10.1038/s41572-020-0156-2>

17.Cai Z, Wang S, Li J. Treatment of Inflammatory Bowel Disease: A Comprehensive Review. *Front Med.* 2021;8(December):1–24. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34988090/>

18.Murray A, Nguyen TM, Parker CE, Feagan BG, MacDonald JK. Oral 5-aminosalicylic acid for maintenance of remission in ulcerative colitis. *Cochrane Database Syst Rev.* 2020;2020(8). Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32856298/>

19.Fossmark R, Olaisen M, Martinsen TC, Melberg HO. Factors associated with the persistence of oral 5-aminosalicylic acid monotherapy in ulcerative colitis: a nationwide Norwegian cohort study. *Therap Adv Gastroenterol.* 2021;14:1–10. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34262610/>

20.Sandborn WJ, Feagan BG, Lichtenstein GR. Medical management of mild to moderate Crohn's disease: Evidence-based treatment algorithms for induction and maintenance of remission. *Aliment Pharmacol Ther.* 2007;26(7):987–1003. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17877506/>

21.Ak A, Zhang D, Gordon M, Jk M, Ak A, Zhang D, et al. remission in Crohn ' s disease (Review). 2016; Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27681657/>

22.Seyedian SS, Nokhostin F, Malamir MD. A review of the diagnosis, prevention, and treatment methods of inflammatory bowel disease. *J Med Life.* 2019;12(2):113–22. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31406511/>

Autor de correspondência

Renata Filardi Simiqueli Durante
Hospital Regional de Taguatinga
QNC, Área Especial 24. CEP: 72120-970. Taguatinga.
Brasília, Distrito Federal, Brasil.
renata.filardi80@gmail.com

Avaliação de ortorexia nervosa e satisfação com aparência muscular no extremo sul catarinense

Evaluation of nervous orthorexia and satisfaction with muscle appearance in the extreme southern catarinian

Evaluación de la ortorexia nerviosa y satisfacción con la apariencia muscular en el extremo sur de Santa Catarina

Beatriz Botelho Jucoski¹, Louyse Soulbach Damázio²

Como citar: Jucoski BB, Damázio LS. Avaliação de ortorexia nervosa e satisfação com aparência muscular no extremo sul catarinense. 2022; 11(3): 380-90. Doi: <https://doi.org/10.36239/revisa.v11.n3.p380a390>

REVISA

1. Universidade do Extremo Sul Catarinense, Departamento de Nutrição. Criciúma, Santa Catarina, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0002-7281-1086>

2. Universidade do Extremo Sul Catarinense, Programa Pós-Graduação em Ciências da Saúde. Criciúma, Santa Catarina, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0002-0710-2320>

Recebido: 15/04/2022
Aprovado: 14/06/2022

RESUMO

Objetivo: medir a prevalência de ortorexia e avaliar a satisfação com a aparência muscular em indivíduos residentes do Extremo Sul Catarinense. **Método:** estudo quantitativo e exploratório realizado através de pesquisa de campo e corte transversal. Os pesquisadores chegaram até a amostra através de e-mails, assim como divulgação em redes sociais e em grupos de mensagens. Por meio de um link foi encaminhado o formulário do Google forms e o termo de aceite da pesquisa. O questionário foi constituído por 3 partes: um questionário; questionário do estado de saúde SF-36V2; e os questionários validados no Brasil referentes a Ortorexia (Orto-15) e escala de satisfação com a aparência muscular (MASS). **Resultados:** A avaliação da satisfação da musculatura, através do questionário MASS, 77,2% (n=180) dos indivíduos classificam-se como totalmente satisfeito com a aparência muscular. A média das idades foi de 25,9± 7,9 e IMC 23,3±3,6. **Conclusão:** São necessários novos estudos com a temáticas abordadas para melhor compreensão da dimensão destes resultados a nível estadual e nacional.

Descritores: Transtornos alimentares; Saúde mental; Saúde pública.

ABSTRACT

Objective: to measure the prevalence of orthorexia and to evaluate the satisfaction with muscle appearance in individuals living in the Extreme South of Santa Catarina. **Method:** quantitative and exploratory study carried out through field research and cross-sectional. The researchers reached the sample through e-mails, as well as dissemination on social networks and in groups of messages. Through a link, the Google forms form and the search acceptance term were submitted. The questionnaire consisted of 3 parts: a questionnaire; Health status questionnaire SF-36V2; and the questionnaires validated in Brazil regarding Orthorexia (Ortho-15) and muscle appearance satisfaction scale (MASS). **Results:** The assessment of muscle satisfaction, through the MASS questionnaire, 77.2% (n=180) of the individuals are classified as totally satisfied with the muscular appearance. The mean age was 25.9± 7.9 and BMI 23.3±3.6. **Conclusion:** Further studies are needed with the themes addressed to better understand the dimension of these results at the state and national level.

Descriptors Eating disorders; Mental health; Public health.

RESUMEN

Objetivo: medir la prevalencia de ortorexia y evaluar la satisfacción con la apariencia muscular en individuos que viven en el Extremo Sur de Santa Catarina. **Método:** estudio cuantitativo y exploratorio realizado a través de investigación de campo y transversal. Los investigadores llegaron a la muestra a través de correos electrónicos, así como de difusión en redes sociales y en grupos de mensajes. A través de un enlace, se enviaron el formulario de formularios de Google y el término de aceptación de la búsqueda. El cuestionario constaba de 3 partes: un cuestionario; Cuestionario de estado de salud SF-36V2; y los cuestionarios validados en Brasil sobre Ortorexia (Ortho-15) y escala de satisfacción de la apariencia muscular (MASS). **Resultados:** La evaluación de la satisfacción muscular, a través del cuestionario MASS, el 77,2% (n=180) de los individuos se clasifican como totalmente satisfechos con el aspecto muscular. La edad media fue de 25,9± 7,9 y el IMC de 23,3±3,6. **Conclusión:** Se necesitan más estudios con los temas abordados para comprender mejor la dimensión de estos resultados a nivel estatal y nacional.

Descriptores: Trastornos de la alimentación; Salud mental; Salud pública.

Introdução

Os transtornos alimentares (TA) são caracterizados como alterações nos comportamentos relacionados à alimentação, resultando na alteração do consumo ou absorção de alimentos, o que pode comprometer de forma significativa a saúde física e psicossocial daqueles que são acometidos.¹ Os quadros de TA possuem um curso crônico e incapacitante, e podem resultar em prejuízos biológicos, psicológicos e sociais, que acarretam aumento da morbidade e mortalidade. Acometem uma ampla faixa etária, geralmente entre 13 e 21 anos, e podem ter evolução fatal quando não tratados, em função da gravidade da doença ou das consequências dos agravos à saúde. São predominantes em mulheres (90%) de todas as classes sociais.²

Existem critérios estabelecidos pela Organização Mundial de Saúde, no Código Internacional de Doenças (CID-10), e pela Associação de Psiquiatria Americana, no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V), para realizar o diagnóstico dos TA e estes devem ser feitos preferencialmente por um psiquiatra.³⁻⁵ Os TA atualmente descritos no DSM-V são: anorexia e bulimia nervosas, que apresentam um diagnóstico específico. Por outro lado, alguns transtornos alimentares recebem o diagnóstico de transtorno alimentar “atípico”, e entre eles estão o Transtorno da (Compulsão Alimentar Periódica (TCAP) e a Síndrome do Comer Noturno (SCN).⁶

Recentemente, outro termo vem sendo discutido na literatura, como um comportamento obsessivo patológico e caracterizado por uma alteração no comportamento frente a alimentação, a ortorexia nervosa. O termo é derivado do grego “orto”, que significa “correto”, e “rexia”, que corresponde a apetite. É caracterizado por um comportamento obsessivamente correto, em que os indivíduos possuem apreço por alimentos classificados como saudáveis, podendo dedicar-se mais de 3 horas por dia para a dieta; fazer restrição de alimentos como corantes, conservantes, pesticidas, ingredientes geneticamente modificados, gorduras, sal e açúcar, pois são vistos como alimentos não saudáveis; sentem-se protegidos por terem uma alimentação orgânica, ecológica e funcional.⁷

O termo Ortorexia nervosa surgiu a fim de ser caracterizado como um novo quadro ou condição que levasse a um transtorno de comportamento alimentar. A origem do termo foi dada pelo médico americano Steven Bratman, e não é descrito no manual de diagnósticos de TA da APA, DSM-V, ou no CID-10, tendo em vista que a quantidade de estudos relacionados a este tema ainda é precária.⁸

Preocupação excessiva com a alimentação saudável, qualidade e quantidade dos alimentos são comportamentos englobados na Ortorexia. Privam-se durante a alimentação, recusam o convívio social para não prejudicar a rotina da sua alimentação⁹, há exclusão total de ultraprocessados e temperos artificiais, preparam suas próprias refeições com cuidados exagerados e excessivos.¹⁰

A insatisfação corporal, considerada uma avaliação negativa ou obsessiva que o indivíduo possui em relação à sua aparência física, desencadeia um sentimento negativo por meio de dois mecanismos primários: comparação da aparência dos jovens entre si e a internalização de um modelo ideal de

magreza. Atualmente, o modelo de beleza imposto pela sociedade corresponde a um corpo magro para as mulheres e musculoso para os homens.¹¹

Este comparativo pode levar o indivíduo a uma busca incessante pela perda e controle de peso, acarretando em altos índices de práticas de dietas restritivas, o que por sua vez, pode trazer danos psicológicos, metabólicos e também o aparecimento de transtornos alimentares.¹² Indivíduos que em geral, estão em dietas restritivas, preocupam-se de modo excessivo com os alimentos que consomem, são mais vulneráveis a comportamentos de comer descontroladamente após muito tempo de restrição alimentar e tendem a possuir problemas emocionais como ansiedade e depressão. Ainda, existe relação entre indivíduos com comportamentos restritivos na sua alimentação e indivíduos diagnosticados com transtornos alimentares.

Portanto, o objetivo do presente estudo foi medir a prevalência de ortorexia e avaliar a satisfação com a aparência muscular em indivíduos residentes do Extremo Sul Catarinense.

Método

Este estudo quantitativo e exploratório foi realizado através de pesquisa de campo e corte transversal, onde foi possível fazer o rastreamento de ortorexia associado à satisfação com a aparência muscular de residentes do Extremo Sul Catarinense.

A região do Extremo Sul Catarinense é formada por 204 mil habitantes e composta por 15 cidades, sendo elas: Araranguá, Balneário Arroio do Silva, Balneário Gaivota, Ermo, Jacinto Machado, Maracajá, Meleiro, Morro Grande, Passo de Torres, Praia Grande, Santa Rosa do Sul, São João do Sul, Sombrio, Timbé do Sul e Turvo.

A população do estudo foi formada por indivíduos com a idade superior a 18 anos, do sexo feminino e masculino, residentes de municípios do extremo sul catarinense, que aceitaram participar da pesquisa. A população total do estudo foi de 238 pessoas (24 homens e 214 mulheres), sendo que 5 eram menores de idade e foram desconsiderados da amostra final, que foi de 233 indivíduos.

A pesquisa foi realizada através de um questionário no Google Forms. Os pesquisadores chegaram até a amostra através de e-mails, assim como divulgação em redes sociais e em grupos de mensagens. Por meio de um link foi encaminhado o formulário do Google forms e o termo de aceite da pesquisa.

O questionário foi constituído por 3 partes: um questionário clínico adaptado; questionário do estado de saúde SF-36V2; e os questionários validados no Brasil referentes a Ortorexia (Orto-15) e escala de satisfação com a aparência muscular (MASS).¹³⁻¹⁶

A versão brasileira do Questionário SF-36 possui questões e itens que englobam componentes representados por capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral da saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais, saúde mental e uma questão comparativa sobre a percepção da saúde atual e dos últimos 12 meses.¹⁴ O questionário aborda perguntas referente a disposição e energia, para alguns afazeres do dia a dia e outras situações, juntamente ao estado de saúde do ponto de vista da pessoa que está realizando. O indivíduo recebe um escore em cada domínio, que varia de 0 a

100, sendo 0 o pior escore e 100, o melhor. É um questionário genérico, portanto inespecíficos para uma determinada idade, doença ou grupo de tratamento, possui questões fechadas de assinalar. O mesmo foi desenvolvido em 1992 por Ware e Sherbourne e validado no Brasil por Ciconelli.¹⁴

O formulário Orto-15 foi incluso a fim de identificar as principais características de Ortorexia: atenção com os alimentos; confusão ao adquiri-los; preocupação com o estado de saúde; se o valor do alimento saudável e sabor são relevantes, quanto tempo a alimentação ocupa na rotina; se as emoções, aspectos sociais e aspectos físicos estão conectados com a alimentação; a rotina de alimentação é considerada um problema e preocupação; assim como a aparência corporal. As questões possuem pontuações diferentes onde o número 1 refere-se a alternativa relacionada à ortorexia e o número 4 a mais saudável, não ortoréxico. Sendo assim o ponto de corte é <40. O questionário possui questões fechadas de assinalar. O original foi elaborado por Lorenzo Donini e colegas, posteriormente foi traduzido do italiano por Pontes e colaboradores, em 2014.¹⁷

A Escala de Satisfação com a Aparência Muscular (MASS), foi construído¹⁸ e adaptado e validado para o Brasil¹⁹. Esta escala avalia a satisfação que os indivíduos com sua própria imagem. Compõe-se de 19 itens, com uma escala tipo Likert (1-NUNCA até 5-SEMPRE), e está dividido em dimensões distintas: dependência de malhar, checagem, satisfação e uso de substância. A Escala de Satisfação é pontuada da seguinte forma: de 19 a 28 pontos = totalmente satisfeito com a aparência muscular; de 29 a 47 pontos = satisfeito a maioria das vezes; de 48 a 66 pontos = satisfeito às vezes sim/ às vezes não; de 67 a 85 pontos = insatisfeito a maioria das vezes; e de 86 a 95 pontos = totalmente insatisfeito com a aparência muscular.¹⁸⁻¹⁹

Primeiro os dados foram apresentados em Média e Desvio Padrão ou Frequência e Porcentagem, quando aplicados às variáveis. Dados foram descritos e também apresentados em tabelas, após a tabulação no programa Excel e processados e analisados utilizando-se Estatística Package for the Social Sciences - SPSS versão 21.0.

A pesquisa foi realizada após a aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa de Seres Humanos pelo parecer número: 3.214.711 e do protocolo CAAE: 09694319.8.0000.0119, tendo como base a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) na data de 06 de Fevereiro de 2021. Os dados da pesquisa foram coletados após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UNESC, pelo parecer número: 3.214.711 e do protocolo CAAE: 09694319.8.0000.0119, tendo como base a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que dispõe sobre pesquisa com seres humanos. Foi garantido o sigilo da identidade dos participantes e a utilização dos dados somente para esta pesquisa científica e publicações dela derivadas. Os indivíduos que participaram da pesquisa foram convidados a participar mediante esclarecimento detalhado de todos os procedimentos, (objetivos do estudo e sobre a coleta de dados) e foram incluídos na pesquisa somente após assinar o TCLE.

Resultados e Discussão

A coleta de dados ocorreu por meio eletrônico, abrangeu indivíduos da região do extremo sul catarinense, e ocorreu durante o mês de abril. Na tabela 1 estão dispostos os dados da amostra em relação a sexo, idade, IMC e SF-36, expressos em média e desvio padrão ou número amostral e porcentagem. A amostra total foi de 233 indivíduos, 90,1% (n=210) sexo feminino e 9,9% (n=23) do sexo masculino. A média das idades foi de $25,9 \pm 7,9$ e IMC $23,3 \pm 3,6$, caracterizando Eutrofia.²⁰

Em 2012, foi avaliada uma amostra de 1.222 adultos com idades de 20-59 anos e 57,3% do sexo feminino, em Florianópolis (SC). O IMC e Circunferência da cintura (CC) com classificação de obesidade, esteve mais presentes em indivíduos com maior idade e homens. Entretanto, a maior parte da amostra em ambos os sexos apresentou Eutrofia, assim como no presente estudo. No período de 2006 e 2019, foi avaliada uma amostra de 730.309 pessoas em domicílios particulares nas 26 capitais brasileiras e no Distrito Federal entre os anos de 2006 e 2019. Observou-se um aumento significativo na classificação de obesidade entre os anos de 2006 (42,6%) para 2019 (55,4%), ou seja, cerca de 2,05%/ano.²¹⁻²²

Em relação ao questionário de qualidade de vida, SF-36, a pontuação média da capacidade funcional foi de $83,3 \pm 26,4$ pontos, aspectos físicos $75,9 \pm 25,5$ pontos, dor 25 ± 20 pontos, estado geral de saúde $49,5 \pm 14,8$ pontos, vitalidade $35,6 \pm 12$ pontos, aspectos sociais $67,6 \pm 27,7$ pontos, aspectos emocionais $62,3 \pm 27,7$ pontos e saúde mental $40 \pm 12,13$ pontos. Atualmente, o aparecimento de transtornos de ansiedade e depressão estão cada vez mais comuns, principalmente durante o contexto atual da pandemia do COVID-19. Durante a pandemia o acesso às notícias ruins, confinamento, falta de convívio social e tempo ocioso, podem desencadear comportamentos alimentares de “comida afetiva”.²³ Ainda neste contexto atual, observa-se de maneira mais clara durante a pandemia, a importância do consumo de alimentos fontes de anti-inflamatórios e antioxidantes com finalidade de fortalecer a imunidade. Sendo assim, não somente um alimento é responsável pelo quadro de estado de saúde do indivíduo e sim o conjunto total de sua alimentação.²⁴ Assim, nota-se a necessidade de, cada vez mais, estarmos buscando falar e estudar sobre transtornos psiquiátricos e a qualidade de vida.

O termo Qualidade de Vida (QV) é definido de forma ampla pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como sendo “a percepção do indivíduo sobre sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores, nos quais ele vive em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”.²⁵ Atualmente, o ritmo de vida imposto pela sociedade impacta diretamente na qualidade de vida das pessoas, influenciando aspectos físicos e psicológicos.

Um estudo realizado nas Faculdades São José, em 2013, e avaliaram a qualidade de vida de 12 mulheres que realizam hidroterapia (atividades em meio aquático), utilizando o questionário SF-36. Os resultados da pesquisa apresentaram escores médios acima de 50, os quais a menor pontuação foi no domínio estado geral da saúde e a maior média foi no domínio aptidão física e aspecto social. As dimensões capacidade física, dor e saúde mental foram classificadas como nível Bom. E os aspectos emocionais como Muito Bom.¹⁶

É possível verificar que as pontuações da dimensão saúde mental da maioria dos participantes encontra-se na faixa de 80 a 89% (muito boa) e poucos obtiveram a classificação de regular ou abaixo da média.

Tabela 1- Dados clínicos e de qualidade de vida de adultos residentes do Extremo Sul Catarinense. Santa Catarina, 2021.

Variáveis	n=233
Sexo*	
Feminino	210 (90,1%)
Masculino	23 (9,9%)
Idade**	
	25,9 ± 7,9
IMC**	
	23,3 ± 3,6
SF-36**	
Capacidade funcional	83,3±26,4
Aspectos físicos	75,9± 25,5
Dor	25±20,9
Estado geral de saúde	49,5±14,8
Vitalidade	35,6±12
Aspectos sociais	67,6±27,7
Aspectos emocionais	62,3±27,7
Saúde mental	40±12,13

*Frequência absoluta e relativa.

**Média e desvio padrão.

A tabela 2 trás resultados referentes ao questionário MASS e Orto-15, com dados expressos em média e desvio padrão ou número amostral e porcentagem. A avaliação da satisfação da musculatura, através do questionário MASS, 77,2% (n=180) dos indivíduos classificam-se como totalmente satisfeito com a aparência muscular, 21,4% (n=50) como satisfeito a maioria das vezes, 0,4% (n=1) satisfeito às vezes sim/ às vezes não.

No trabalho realizado por Júnior e colaboradores, também foi utilizado a Escala de Satisfação com a Aparência Muscular (MASS). Este estudo envolveu 60 indivíduos do sexo masculino que frequentavam as academias da cidade de Ubá (MG). A idade média da amostra foi de 27,08 ±5,74 anos, e a média dos resultados do MASS foi de 44,33±10,85 pontos. A maior parte da amostra foi classificada “satisfeitos a maioria das vezes” e nenhum dos sujeitos mencionou estar “totalmente satisfeito ou insatisfeito com a aparência muscular”. Foi observado uma relação significativa ($p<0,05$) entre a pontuação e dias de prática semanais, onde a maior pontuação (mais insatisfação) tende a ter mais dias de treino semanais²⁶

Trabalho realizado em Porto Alegre, avaliou 66 frequentadores de academias, destes 54,5% (n=36) eram homens e 45,5% (n=30) mulheres. Os resultados apresentaram diferenças significantes entre os dois gêneros, sendo que foi encontrado uma prevalência maior de vigorexia em homens ($p=0,034$).²⁶

É necessário haver um discernimento entre comer saudável e comer “patologicamente saudável” para que não ocorra uma restrição disfuncional e perigosa na população em geral. Este comer disfuncional pode ser a porta de entrada para diversos transtornos alimentares e de imagem, e o termo vem sendo muito estudado como “ortorexia nervosa” (ON), relatado por Bratman e

Knight, tem como origem do grego *orthos* (correto) e *orexis* (apetite) classificado como a fixação por saúde, qualidade e pureza da alimentação. O manual de diagnóstico psiquiátrico (DSM) ainda não aborda a ortorexia como transtorno alimentar, sendo caracterizado como um comportamento alimentar disfuncional. A ortorexia vem sendo observada com frequência, não apenas com pacientes transtornados com o peso, estética, mas também o pensamento errôneo de ser saudável.²⁷⁻²⁸

A primeira proposta de diagnóstico de Ortorexia surgiu no estudo de Moroze, logo depois no de Dunn e Bratman, em 2016, trazendo respostas de dimensões físicas e emocionais, por exemplo preocupação obsessiva com práticas entendidas pelo indivíduo como promotoras de saúde, regras auto impostas, medo de doenças, sensação de impureza, vergonha. Ao longo do tempo estes comportamentos podem progredir a exclusão de um grupo alimentar ou refeições a fim de “limpeza” por exemplo jejum, pode ocorrer perda de peso mesmo não sendo este o objetivo principal, mas também presente nestes casos. Além disso, alguns comportamentos não estão associados à obsessão por ser saudável, como desnutrição, perda de peso grave, angústia pessoal, crenças, imagem corporal positiva e autoestima já que os pacientes com ortorexia prezam por “ser saudável” e não perder peso, corpo definido ou risco de carência de nutrientes.²⁹

O primeiro estudo relacionado à ortorexia foi elaborado por Donini et al., em La Sapienza com funcionários, alunos e pais de alunos. De acordo com o autor, a Ortorexia Nervosa (ON) pode ser diagnosticada por identificar comportamento alimentar obsessivo na alimentação. Sendo assim classificados como “fanáticos pela saúde” onde é priorizado a escolha de comidas consideradas saudáveis para o indivíduo (*in natura*, integral, etc) e exclusão dos não saudáveis (congelados, enlatados, refinados etc). Neste método de análise, foi utilizado “0” para obsessivo. Sendo assim os indivíduos com pontuação < 0,57 foram classificados como “fanáticos por saúde”. A amostra foi de 404 pessoas, 41,9% homens e 58,1% mulheres. Entre estes 6,9% (n=28) apresentaram ortorexia. Além disso, foi observado que a idade de ortoréxicos era ligeiramente superior (36±17 e 33,2±14 p=0,01) e houve prevalência no sexo masculino (11,3% e 3,9% p=0,003).³⁰

Os primeiros estudos avaliando Ortorexia no Brasil surgiram em 2009 e 2012, avaliando estudantes da área da saúde. Acadêmicas de Nutrição, Farmácia e Enfermagem de uma faculdade do interior do Rio Grande do Sul foram analisadas³¹, com finalidade de identificar os padrões alimentares, relação alimento e meio social, métodos de escolha e preparação dos alimentos. Para isso foi aplicado um questionário com questões para o diagnóstico de ortorexia, com base em artigos de Donini. A amostra foi de 200 alunas, 71,5% relataram apresentar grande preocupação com a qualidade dos alimentos, a classificação de ortorexia estava mais presente entre as alunas com nível econômico mais alto. A amostra apresentou não possuir comportamentos obsessivos, 79,6% não passa a maior parte do tempo pensando na dieta e somente 23,6% ficam muitas vezes mastigando o alimento, a minoria restringe alimentos, não sentem repulsa por alimentos artificiais ou aflição por saírem da dieta, ingerem alimentos que contenham gordura, industrializados e a alimentação não influencia a vida social.³²⁻³³

No trabalho de Alvarenga et al., com 392 participantes da Associação de Profissionais de São Paulo (APAN) de nutricionistas, estudantes de nutrição e profissionais da área foi aplicado o ORTO-15 para a verificação de ortorexia. Da amostra avaliada, 93% (n=364) eram mulheres, 3% homens e 4% não informaram o gênero. A pontuação média no ORTO-15 foi de $36,08 \pm 3,73$, mostrando uma alta frequência do transtorno na amostra estudada.³¹

Em outro estudo, avaliando estudantes de nutrição de uma universidade do Vale do Paraíba do Sul (SP), os autores utilizaram uma escala de silhuetas para avaliação de percepção de imagem corporal e também o ORTO-15 para avaliação de ON. A amostra foi de 150 estudantes, com idade média de $23,21 \pm 6,3$ e observou-se que 80,2% (n=133) apresentavam comportamentos de risco para a ON. A percepção de imagem corporal, 74,7% (n=112) apresentavam distúrbio, acreditavam ter a silhueta maior que o IMC.³³

Relacionando ortorexia e insatisfação corporal, outro trabalho realizado na Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM) com estudantes de nutrição, mostrou que de 87% dos avaliados apresentaram tendência a ortorexia, e 57,8% apresentaram algum tipo de insatisfação corporal (de leve a grave). Foi avaliado uma associação significativa entre ortorexia e insatisfação corporal ($p=0,001$) com maior insatisfação nos ortoréxicos ($p=0,005$). Associação significativa também entre ortorexia e estado nutricional ($p<0,05$), com maior frequência de excesso de peso nos ortoréxicos ($p=0,010$).³¹

Tabela 2- Satisfação da aparência muscular e rastreamento de ortorexia de residentes do Extremo Sul Catarinense. Santa Catarina, 2021.

Variáveis	n=233
MASS*	$24,9 \pm 5,5$
Totalmente satisfeito com a aparência muscular	180 (77,2%)
Satisfeito a maioria das vezes	50 (21,4%)
Satisfeito às vezes sim/ às vezes não	1 (0,4%)
Orto-15**	$35,8 \pm 4,2$
Presença de Ortorexia*	180 (77,2%)

*frequência absoluta e relativa.

**média e desvio padrão.

Considerações finais

Conclui-se que há uma porcentagem significativa para ortorexia na população, o que não foi associado à satisfação corporal. Como não há dados para comparação a nível nacional e regional, este trabalho torna-se pioneiro em sua proposta e um dado de alarme para os profissionais da área da saúde da região.

A atualização de profissionais da saúde é importante neste momento, assim como adquirir mais informações e buscar conhecer melhor este público que pode estar apresentando uma visão distorcida do que é ser saudável.

Novos estudos são necessários para buscar prevalência e estratégias na prevenção da ortorexia.

Agradecimento

Essa pesquisa não recebeu financiamento para sua realização.

Referências

1. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition. Arlington, VA, American Psychiatric Association, 2013.
2. Cabrera, Catalina Camas. Estratégias de intervenção interdisciplinar no cuidado com o paciente com transtorno alimentar: o tratamento farmacológico. *Medicina (Ribeirão Preto. Online)*, v. 39, n. 3, p. 375, 30 set. 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v39i3p375-380>.
3. Laguardia, Josué et al. Brazilian normative data for the Short Form 36 questionnaire, version 2. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 16, n. 4, p. 889-897, dez. 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s1415-790x2013000400009>.
4. Roehr, B. American Psychiatric Association explains DSM-5. *BMJ*, v. 346, n. jun06 1, p. f3591, 6 jun. 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmj.f3591>.
5. Alvarenga, Marle dos Santos; Scagliusi, Fernanda Baeza; Philippi, Sonia Tucunduva. Comportamento de risco para transtorno alimentar em universitárias brasileiras. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, v. 38, n. 1, p. 03-07, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0101-60832011000100002>.
6. Amoras, Dinah R. et al. Caracterização dos transtornos alimentares e suas implicações na cavidade bucal. *Rev Odontol UNESP*, v. 39, n. 4, p. 241-245, 2010.
7. Souza, Quetsia J.O.V. de, Rodrigues, Alexandra M. Comportamento de risco para ortorexia nervosa em estudantes de nutrição. *J bras psiquiatr.* setembro de 2014;63(3):200-4.
8. Martins, Márcia Cristina Teixeira et al. Ortorexia nervosa: reflexões sobre um novo conceito. *Revista de Nutrição*, v. 24, n. 2, p. 345-357, abr. 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s1415-52732011000200015>.
9. Penaforte, Fernanda R. O. et al. Ortorexia nervosa em estudantes de nutrição: associações com o estado nutricional, satisfação corporal e período cursado. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v. 67, n. 1, p. 18-24, mar. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000179>.
10. Behar Astudillo, Rosa. El amplio espectro de los trastornos evitativos/restrictivos de la ingestión de alimentos, ortorexia y otros desórdenes (alimentarios). *Revista chilena de neuro-psiquiatria*, v. 58, n. 2, p. 171-185, jun. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.4067/s0717-92272020000200171>.
11. Miranda, Daniela et al. Qualidade nutricional de dietas vegetarianas. *DEMETERA: Alimentação, Nutrição & Saúde*, v. 8, n. 2, 25 maio 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.12957/demetra.2013.4773>.
12. Zarychta, Karolina et al. Body satisfaction and body weight in under- and healthy-weight adolescents: mediating effects of restrictive dieting, healthy and unhealthy food

intake. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, v. 25, n. 1, p. 41-50, 8 mar. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s40519-018-0496-z>.

13. Brytek-Matera, Anna. Interaction between Vegetarian Versus Omnivorous Diet and Unhealthy Eating Patterns (Orthorexia Nervosa, Cognitive Restraint) and Body Mass Index in Adults. *Nutrients*, v. 12, n. 3, p. 646, 28 fev. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/nu12030646>.

14. Pereira, Giedre Ingrid das Neves et al. Tradução e validação para a língua portuguesa (Brasil) de instrumentos específicos para avaliação de qualidade de vida na doença do refluxo gastroesofágico. *Arquivos de Gastroenterologia*, v. 44, n. 2, p. 168-177, jun. 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0004-28032007000200016>.

15. pontes, Jackeline Barcelos; Montagner, Maria Inez; Montagner, Miguel Ângelo. Ortorexia nervosa: adaptação cultural do orto-15. *DEMETERA: Alimentação, Nutrição & Saúde*, v. 9, n. 2, p. 13 out. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.12957/demetra.2014.8576>

16. Bôas, Marcelo Da Silva Villas et al. Nível de satisfação com a imagem corporal e a aparência muscular em praticantes de musculação. *Revista da Educação Física/UEM*, v. 21, n. 3, 31 jul. 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.4025/reveducfis.v21i3.7722>.

17. Pontes, Jackeline Barcelos. Ortorexia em estudantes de nutrição : a hipercorreção incorporada ao habitus profissional? 2012. PublishedVersion – reponame:Repositório Institucional da UnB, [s. l.], 2012. Disponível em: <http://repositorio.unb.br/handle/10482/11131>.

18. Mayville, Stephen B. et al. Development of the Muscle Appearance Satisfaction Scale. *Assessment*, v. 9, n. 4, p. 351-360, dez. 2002. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/1073191102238156>.

19. Júnior, Sérgio Henrique Almeida da Silva; DE SOUZA, Marcos Aguiar; DA SILVA, Jonas Henrique Almeida. Tradução, adaptação e validação da escala de satisfação com a aparência muscular (MASS) Translation, adaptation, and validation of the Muscle Appearance Satisfaction Scale (mass). *Lecturas, Educación Física y Deportes*, n. 120, 2008.

20. Organização Mundial De Saúde. *Physical status: The Use and Interpretation of Anthropometry*. WHO Technical Report Series n.854. Geneva, 1995

21. Wagner, Katia Jakovljevic Pudla et al. Socioeconomic status in childhood and obesity in adults: a population-based study. *Revista de Saúde Pública*, v. 52, p. 15, 26 fev. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2018052000123>.

22. Silva, Luiza Eunice Sá da et al. Tendência temporal da prevalência do excesso de peso e obesidade na população adulta brasileira, segundo características sociodemográficas, 2006-2019. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 30, n. 1, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s1679-49742021000100008>.

23. Hargreaves, Shila Minari et al. Quality of Life of Brazilian Vegetarians Measured by the WHOQOL-BREF: Influence of Type of Diet, Motivation and Sociodemographic Data. *Nutrients*, v. 13, n. 8, p. 2648, 30 jul. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/nu13082648>.

24. Malta, Deborah Carvalho et al. A pandemia da COVID-19 e as mudanças no estilo de vida dos brasileiros adultos: um estudo transversal, 2020. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 29, n. 4, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s1679-49742020000400026>.
25. De Freitas, Vera Regina Pessanha et al. Análise da qualidade de vida segundo o questionário sf-36 em um grupo de mulheres participantes de um programa de hidroginástica: uma pesquisa de campo. *Ciência Atual - Revista Científica Multidisciplinar da UNISÃOJOSÉ*, v. 5, n. 1, p. 02-09, 2015.
26. Teixeira, Felipe Johann. Análise de transtornos dismórficos corporais em adultos praticantes de treinamento de força. 2019. 34 p. Trabalho de Conclusão de Curso – UFRGS, Porto Alegre, 2019.
27. Rodrigues, Paulo Emílio Larino. Nível de satisfação com a aparência muscular em discentes do curso de educação física da Universidade Federal de Uberlândia. 2016. 34 p. Trabalho de Conclusão de Curso – Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2016.
28. Lima, Litiane Dorneles de; Moraes, Cristina Machado Bragança de; KIRSTEN, Vanessa Ramos. Dismorfia muscular e o uso de suplementos ergogênicos em desportistas. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, v. 16, n. 6, p. 427-430, dez. 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s1517-86922010000600006>.
29. Dunn, Thomas M.; Bratman, Steven. On orthorexia nervosa: A review of the literature and proposed diagnostic criteria. *Eating Behaviors*, v. 21, p. 11-17, abr. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2015.12.006>.
30. ALVARENGA, Marle dos Santos; DUNKER, Karin Louise Lenz; PHILIPPI, Sonia Tucunduva. *Transtornos alimentares e nutrição - da prevenção ao tratamento*. 1. ed. Barueri: Manole, 2020. 570 p.
31. Lopes, Maristela Resch; Kirsten, Vanessa Ramos. Comportamentos de ortorexia nervosa em mulheres jovens. *Disciplinarum Scientia. Série: Ciências da Saúde*, v. 10, n. 1, p. 7-105, 2009.
32. Moroze, Ryan M. et al. Microthinking About Micronutrients: A Case of Transition From Obsessions About Healthy Eating to Near-Fatal “Orthorexia Nervosa” and Proposed Diagnostic Criteria. *Psychosomatics*, v. 56, n. 4, p. 397-403, jul. 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.psych.2014.03.003>.
33. Donini, L. M. et al. Orthorexia nervosa: Validation of a diagnosis questionnaire. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, v. 10, n. 2, p. e28-e32, jun. 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/bf03327537>.

Autor de correspondência

Louyse Sulzbach Damázio
Universidade do Extremo Sul Catarinense
Av. Universitária, 1105 - Universitário. CEP: 88806-00.
Criciúma, Santa Catarina, Brasil.
louyse3@unesc.net

Urgências e emergências na atenção básica: visão da enfermagem

Emergencies and emergencies in primary care: nursing vision

Urgencias y emergencias en atención primaria: visión de enfermeira

Roberta Gondim Tenório Pinto¹, Leila Batista Ribeiro², Sara Cristina Alves De Sousa³, Taynara Câmara Lopes Dantas⁴,
Edvâne Nascimento Ferreira⁵, Rodrigo Gonçalves Silva⁶, Gabriele Soares da Silva⁷, Cristiane Machado do Vale de Andrade⁸

Como citar: Pinto RGT, Ribeiro LB, Sousa SCA, Dantas TCL, Ferreira EN, Silva RG, et al. Urgências e emergências na atenção básica: visão da enfermagem. 2022; 11(3): 391-406. Doi: <https://doi.org/10.36239/revisa.v11.n3.p391a406>

REVISA

1. Centro Universitário Planalto do Distrito Federal. Brasília, Distrito Federal, Brasil. <https://orcid.org/0000-0001-6597-4365>
2. Centro Universitário Planalto do Distrito Federal. Brasília, Distrito Federal, Brasil. <https://orcid.org/0000-0001-6399-6966>
3. Centro Universitário Planalto do Distrito Federal. Brasília, Distrito Federal, Brasil. <https://orcid.org/0000-0001-6011-4841>
4. Centro Universitário Planalto do Distrito Federal. Brasília, Distrito Federal, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-0205-3996>
5. Centro Universitário Planalto do Distrito Federal. Brasília, Distrito Federal, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-1117-7501>
6. Centro Universitário Planalto do Distrito Federal. Brasília, Distrito Federal, Brasil. <https://orcid.org/0000-0003-1069-2031>
7. Centro Universitário Planalto do Distrito Federal. Brasília, Distrito Federal, Brasil. <https://orcid.org/0000-0001-9534-1403>
8. Centro Universitário Planalto do Distrito Federal. Brasília, Distrito Federal, Brasil. <https://orcid.org/0000-0003-1719-0990>

Recebido: 25/04/2022
Aprovado: 14/06/2022

RESUMO

Objetivo: Analisar a capacidade de atendimento de casos de Urgência e Emergência pelos enfermeiros da Atenção Básica do Guará/DF. **Método:** Abordagem qualitativa e método descritivo, de acordo com os pressupostos de Gil no qual todos os dados utilizados foram adquiridos por meio de entrevista realizada nas UBS do Guará-DF com enfermeiros da equipe da ESF. **Resultados:** Foram obtidos por meio de entrevistas realizadas com 07 enfermeiros identificados neste estudo com indicadores alfanuméricos (E1 a E7) para salvaguardar a identificação dos mesmos. **Conclusão:** Esta pesquisa buscou entender como ocorre o atendimento aos casos de urgência e emergência na AB sob o ponto de vista do enfermeiro. Baseado nas informações coletadas considera-se que apesar existir demanda de urgência e emergência na AB, o treinamento dos profissionais e o fornecimento de infraestrutura básica não são realidade. O enfermeiro como sujeito principal neste cenário de tantas controvérsias, fica de fato instável e muito vulnerável em cada um dos atendimentos. Cabe ao SUS repensar onde de fato deve ser feito o serviço de atendimento de urgências e emergências, prover recursos humanos capacitados e caso decida que será também na UBS esse tipo de atendimento, deverá rever a estrutura física e recursos materiais para tal.

Descritores: Emergências; Atenção Básica; Enfermagem.

ABSTRACT

Objective: To analyze the ability to care for Urgency and Emergency cases by nurses from the Primary Care of Guará/DF. **Method:** Qualitative approach and descriptive method, according to Gil's assumptions, in which all the data used were acquired through an interview carried out in the UBS of Guará-DF with nurses from the FHS team. **Results:** They were obtained through interviews with 07 nurses identified in this study with alphanumeric indicators (E1 to E7) to safeguard their identification. **Conclusion:** This research sought to understand how urgent and emergency care occurs in AB from the nurse's point of view. Based on the information collected, it is considered that although there is a demand for urgency and emergency in PC, the training of professionals and the provision of basic infrastructure are not reality. The nurse, as the main subject in this scenario of so many controversies, is in fact unstable and very vulnerable in each of the consultations. It is up to the SUS to rethink where the urgent and emergency service should actually be provided, provide trained human resources and if it decides that this type of service will also be provided at the UBS, it should review the physical structure and material resources for this.

Descriptors: Emergencies; Primary Care; Nursing

RESUMEN

Objetivo: Analizar la capacidad de atención a los casos de Urgencia y Emergencia de los enfermeros de la Atención Primaria de Guará/DF. **Método:** Enfoque cualitativo y método descriptivo, según los supuestos de Gil, en el que todos los datos utilizados fueron adquiridos a través de una entrevista realizada en la UBS de Guará-DF con enfermeros del equipo de la ESF. **Resultados:** Fueron obtenidos a través de entrevistas con 07 enfermeros identificados en este estudio con indicadores alfanuméricos (E1 a E7) para salvaguardar su identificación. **Conclusión:** Esta investigación buscó comprender cómo ocurre la atención de urgencia y emergencia en AB desde el punto de vista del enfermero. Con base en la información recabada, se considera que si bien existe una demanda de urgencia y emergencia en AP, la formación de profesionales y la dotación de infraestructura básica no son una realidad. El enfermero, como sujeto principal en este escenario de tantas controversias, es en realidad inestable y muy vulnerable en cada una de las consultas. Corresponde al SUS repensar dónde realmente debe prestarse el servicio de urgencia y emergencia, dotar de recursos humanos capacitados y si decide que ese tipo de servicio también será prestado en la UBS, debe revisar la estructura física y los recursos materiales para este.

Descritores: Emergencias; Atención primaria; Enfermería.

Introdução

A Atenção Básica é a principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), devendo atuar como um filtro capaz de organizar as demandas de saúde, das mais simples às mais complexas.¹ Caracteriza-se pela junção de ações individuais e/ou coletivas concebidas por práticas gerenciais e sanitárias de cunho democráticas e participativas que englobam promoção, proteção, manutenção e reabilitação da saúde e também a prevenção, diagnóstico e tratamento de agravos.²

Considerada como a aposta principal na busca pelos direitos sociais e como a responsável por gerar respostas no tocante às necessidades e expectativas da população, a Atenção Básica (AB) é a responsável por promover melhorias em comportamentos e estilos de vida e por reduzir impactos sociais e ambientais na saúde.³

A Atenção Básica (AB) é um sistema composto por profissionais conhecedores do histórico de saúde da sua população adscrita capazes de solucionar mais de 80% das demandas do seu público, sem que para isso seja necessário o encaminhamento a outro serviço. No Brasil, a AB também é conhecida como Atenção Primária à Saúde (APS).⁴

Além de outras incumbências, a Portaria GM/MS nº 2.048/023 de 05 de novembro de 2002, regulamenta a responsabilidade da Atenção Básica em realizar o acolhimento de urgências e emergências de baixa gravidade, fornecendo assistência inicial de saúde que possibilite a redução de maiores danos ao usuário até que o mesmo seja encaminhado à rede hospitalar de urgência⁵. Sendo o termo Emergência definido como o agravo à saúde com potencial de causar intenso sofrimento ou risco de morte iminente, demandando, portanto, tratamento médico imediato; e a urgência caracterizada pelo comprometimento imprevisível da saúde, com ou sem risco potencial a vida, onde também ocorre a necessidade de atendimento médico imediato.

Portanto, em sua atuação rotineira, a equipe de Saúde da Família pode esbarrar em situações de saúde onde haja necessidade de atendimento de desequilíbrios de funções vitais, com ou sem risco de evolução para óbito imediato ou mediato. Tais demandas podem exigir atuação de toda a equipe ou de algum profissional de forma isolada, a depender das circunstâncias do momento⁵. Todavia, a AB não possui estrutura suficiente para atender tais demandas devido ao fato dos atendimentos não se darem de forma organizada e efetiva⁶. A provável baixa capacitação profissional também figura como um dos motivos que elucidam a baixa efetividade da AB frente aos atendimentos de urgência e emergência.⁷

Este fato é evidenciado por estudos sobre a superlotação de unidades de urgência e emergência que apontam que diversas demandas atendidas em prontos-socorros poderiam ser acolhidas e solucionadas na AB.^{6,8}

A par das evidências anteriormente descritas este estudo originou-se a partir do seguinte problema de pesquisa: Os profissionais de enfermagem que atuam na Atenção Básica se sentem aptos a realizar o atendimento de casos de urgência e emergência?

Este estudo torna-se relevante, pois permitirá conhecer o atendimento de urgências e emergências na Atenção Básica do Sistema Único de Saúde do Guará

- DF sob a ótica do enfermeiro e ainda contribuirá na reflexão de órgãos formadores, gestores e profissionais da Atenção Básica, quanto à promoção ou melhoria das condições necessárias para o sucesso da assistência a casos de urgência e emergência no tangente a adequação da estrutura física e dos mecanismos de qualificação profissional, podendo ainda contribuir para resolução das dificuldades apresentadas.

O objetivo deste estudo foi analisar a capacidade de atendimento de casos de Urgência e Emergência pelos enfermeiros da Atenção Básica do Guará/DF.

Método

Esta pesquisa foi realizada por meio de abordagem qualitativa e método descritivo, de acordo com os pressupostos de Gil⁹.

Todos os dados utilizados foram adquiridos por meio de entrevista realizada nas unidades básicas de saúde do Guará-DF com enfermeiros da equipe da Estratégia de Saúde da Família.

Como forma de preservar a dignidade e autonomia dos entrevistados foram garantidos o anonimato, a confidencialidade, o respeito aos valores individuais, éticos, morais, sociais, culturais e religiosos, bem como todas as outras disposições constantes na Resolução N^o 510 de 07 de abril de 2016, que trata das especificidades éticas nas pesquisas humanas e sociais.

A transcrição dos dados coletados preservou a fidedignidade da narrativa, a confidencialidade, o sigilo e o anonimato das informações.

A pesquisa foi desenvolvida nas unidades básicas de saúde localizadas na região administrativa do Guará.

Fundada em 5 de maio de 1969, com o objetivo inicial de abrigar funcionários públicos do Governo do Distrito Federal¹⁰, a região administrativa se consolidou e atingiu grande desenvolvimento socioeconômico e contém atualmente 3 UBSs que atendem uma população estimada em 140.560 habitantes, segundo dados elaborados pela Companhia de Planejamento do Distrito Federal¹¹.

Para realização da pesquisa, primeiramente foi solicitada autorização aos responsáveis legais de cada unidade e em sequência, o projeto foi encaminhado para o Comitê de Ética e Pesquisa (CEP).

Os sujeitos da pesquisa foram enfermeiros que integram a equipe da Estratégia de Saúde da Família das três unidades básicas de saúde do Guará, que tiveram garantia de sigilo, anonimato, confidencialidade e fidedignidade dos dados.

A pesquisa foi iniciada após emissão de autorização por meio do parecer consubstanciado n^o5.180.582, e os participantes foram convidados a participar através de uma rápida explanação sobre o objetivo da mesma.

Posterior ao aceite, os enfermeiros informaram qual dia e horário eram mais propícios à realização da entrevista. Na ocasião da coleta dos dados foram apresentados aos enfermeiros o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e o termo de autorização para uso de som e imagem foram apresentados, ambos em duas vias, para que após a assinatura fosse autorizada a coleta, a divulgação e a publicação das narrativas. Os enfermeiros receberam

identificador alfanumérico (E1 a E7) na ordem de realização das entrevistas com o objetivo de preservar os critérios éticos da pesquisa.

Os enfermeiros participantes da pesquisa atenderam aos seguintes critérios de inclusão: ser enfermeiro da atenção básica de saúde há pelo menos um ano; gozar de plena saúde mental; estar disposto a participar da pesquisa; assinar TCLE e o termo de autorização para utilização de imagem e som para fins de pesquisa.

Nenhum critério cultural, étnico, econômico, social ou sexual foi considerado como fator de exclusão nesta pesquisa.

As entrevistas tiveram início após autorização do CEP e assinatura do TCLE e do termo de autorização para utilização de imagem e som para fins de pesquisa, ambos em duas vias, cuja uma ficou na posse da pesquisadora e outra foi entregue ao participante.

As entrevistas ocorreram de modo presencial em local, data e horário escolhidos pelos participantes. As narrativas foram gravadas em aparelho celular e posteriormente transcritas para análise dos dados onde, como instrumento de coleta, utilizou-se um questionário com 10 perguntas discursivas.

No total foram realizadas 07 entrevistas que tiveram como critério de encerramento da coleta dos dados a saturação dos mesmos.

As gravações das entrevistas foram apagadas após a transcrição, e os dados digitalizados serão guardados pelas pesquisadoras por até 05 anos e deletados após este período.

Resultados e Discussão

Os resultados apresentados foram obtidos por meio de entrevistas realizadas com 07 enfermeiros identificados neste estudo com indicadores alfanuméricos (E1 a E7) para salvaguardar a identificação dos mesmos.

Dos entrevistados, três (03) enfermeiros são do sexo masculino e quatro (04) do feminino, com idade entre 28 e 56 anos e tempo de profissão variando entre 2 e 31 anos, conforme descritos no quadro a seguir:

Quadro 1- Perfil dos enfermeiros entrevistados

Identificação	Sexo	Idade	Tempo Atuação Como Enfermeiro Da Atenção Básica
E1	Feminino	45 anos	12 anos
E2	Feminino	50 anos	20 anos
E3	Feminino	33 anos	2 anos
E4	Masculino	37 anos	2 anos
E5	Masculino	56 anos	31 anos
E6	Masculino	28 anos	4 anos
E7	Feminino	43 anos	3 anos

Os dados coletados foram agrupados em sete categorias e transcritos logo a seguir de forma fidedigna, preservando o anonimato dos enfermeiros.

Frequência de atendimentos em casos de urgência e emergência

Nessa categoria os enfermeiros relataram sobre a demanda de atendimentos a casos de urgência e emergência na UBS em que atuam, sendo a heterogeneidade no número de frequências bem significativas. Algumas unidades apresentam mais e outras bem menos, considerando que essas últimas têm uma forte relação com a proximidade da UBS com o Hospital Regional do Guará, conforme a seguir:

A gente recebe poucas demandas de urgência, são mais de emergência. (E 1)

[...] Urgência sim, mas emergência é muito raro, não sei se pelo fato do Hospital ser aqui muito próximo. (E 2)

Não chega a ser raro, mas também não é frequente. Aproximadamente uma vez por semana, mas não casos muito graves. Os muitos graves, cerca de uma vez ao mês. (E 3)

Atendimentos de urgência e emergência, na atenção primária, não são atendimentos corriqueiros. São mais esporádicos, mais difíceis de ocorrer. Aproximadamente um a cada três meses. PCR nunca vi aqui. (E 4)

Todo dia tem um caso. (E 5)

Diariamente, todo dia, toda hora. (E 6)

Emergência nunca, por causa do Hospital Regional do Guará que é muito próximo. [...] agora urgência, diariamente tem. (E 7)

Por ser a porta de entrada da rede de assistência à saúde, a UBS deve atentar-se às complicações clínicas de caráter emergencial e/ou urgencial pois é a responsável pelo acolhimento inicial de todos os usuários e de suas necessidades.¹²

Em sua prática diária de trabalho, a equipe de saúde da família pode defrontar-se com a necessidade de atendimento a um ou mais indivíduos que apresentem situações com risco de morte mediata ou imediata.⁵ Sendo assim, além de conhecer sobre às condutas no atendimento a urgências e emergências de qualquer natureza, devem atentar-se à organização do serviço.¹³

Embora pouco frequentes em unidades básicas de saúde, circunstâncias que necessitam de cuidado imediato irão ocorrer, o que torna compulsório o conhecimento dos locais onde estão os equipamentos, medicamentos e materiais a serem utilizados.¹⁴

Assistência de enfermagem a casos de urgência e emergência nas UBS

Nessa categoria os enfermeiros discorreram sobre como ocorre o atendimento a casos de urgência e emergência nas UBS em que atuam, e a maioria dos profissionais mencionou a realização da classificação de risco, os

primeiros atendimentos realizados e o encaminhamento do paciente à atenção secundária, conforme relatos a seguir:

A gente faz a avaliação (classificação de risco) e os primeiros atendimentos aqui. E depois, dependendo do caso, encaminhamos para o hospital junto com um técnico de enfermagem da nossa equipe (E 1)

Chegando qualquer caso que seja identificado uma questão de emergência, somos solicitados ao atendimento. Aferimos os sinais vitais e avalia-se o estado geral do paciente (E 2)

Depende do caso. [...] damos o suporte e os primeiros socorros e então ligamos para o SAMU ou para o próprio hospital [...] se for necessário acompanhamos o paciente junto ao motorista da ambulância (E 3)

O paciente é trazido por pessoas ou até mesmo vem por conta própria após passar mal próximo à unidade, então são prestados os primeiros socorros e o encaminhamento à atenção secundária ou terciária, de acordo com o que ele necessite (E 4)

Quando eles chegam a gente acolhe esse paciente, verifica a queixa principal [...] e depois a gente faz a consulta compartilhada ou com o médico, ou com a nutricionista (E 5)

Os pacientes chegam por livre demanda, os técnicos fazem a triagem e depois dá-se sequência ao atendimento [...] de acordo com os protocolos que a Secretaria de Saúde disponibiliza (E 6)

O técnico de enfermagem faz o acolhimento da demanda. [...] e o atendimento da urgência em si é todo feito pelo enfermeiro. Ele faz a avaliação inicial, às vezes consegue fazer a resolução da demanda e às vezes ele compartilha com o médico o tratamento e a conduta (E 7)

Além de ser conhecedor da organização do serviço e ter capacidade de conduzir o atendimento dos mais diversos casos de urgência e emergência, cabe ao enfermeiro gerenciar a demanda conforme as potencialidades clínicas do mesmo. Por meio do direcionamento adequado dos pacientes ou da prestação de assistência resolutiva, o enfermeiro colabora na redução dos casos emergenciais.¹⁵

Ressaltada a importância da realização do acolhimento efetivo das urgências e emergências dos usuários, a avaliação de risco e vulnerabilidade é fundamental para minimizar a evolução insatisfatória do agravo à saúde.¹⁶

Atendimentos de urgência e emergência mais comuns na ubs em que atuam

Nessa categoria os enfermeiros relataram quais são os atendimentos mais frequentes de urgência e emergência que ocorrem nas UBS's em que trabalham e a maioria relacionou o pico hipertensivo como a urgência clínica mais frequente, conforme depoimentos a seguir:

Crise nefrótica, dor renal, dor aguda, cefaleia intensa, pico de diabetes descompensado, pressão muito alta. (E 1)

Pico hipertensivo, dor e paciente com hiperglicemia. (E 2)

Pico hipertensivo. Nunca peguei uma parada aqui. (E 3)

Uso abusivo de álcool e drogas. (E 4)

Agora nesse momento: febre, suspeita de dengue e infecção urinária. (E 5)

Hoje são pacientes com dengue que não conseguem assistência hospitalar, infecção do trato urinário e infecção de garganta. (E 6)

Pico hipertensivo, glicemia alta, dor abdominal intensa. [...] As vezes chega uma criança com febre mas é raro. É muito de fase [...] mas sempre tem o pico hipertensivo. (E 7)

A demanda espontânea excessiva de usuários por descompensação de doenças crônicas como Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, além de estar associada a maior morbimortalidade dos mesmos, causa prejuízo na dinâmica organizacional de atendimento da unidade básica de saúde e evidencia falhas assistenciais. Essa alta procura reflete também na prevalência do modelo assistencial centrado na doença e focado no médico¹⁷⁻¹⁸ que segue contrário ao cuidado multiprofissional ideal para esse público.¹⁹

Infraestrutura no atendimento

Nessa categoria os enfermeiros opinaram sobre a estrutura física da UBS ser adequada ou não ao atendimento de urgência e emergência na atenção básica. Dos sete entrevistados apenas um respondeu que sim. Os demais, além de discordarem, trouxeram os seguintes relatos:

Mais ou menos, a infraestrutura poderia melhorar um pouco. Mas como a gente está do lado do hospital, a gente consegue estabilizar [...] e ter esse atendimento. A atenção primária, o foco dela anterior foi deixado um pouco de lado (com a pandemia da COVID), e a gente está mais para as demandas emergenciais agudas, casos crônicos e a história do PSF mesmo, de prevenção e promoção, caiu meio que em desuso. [...] no caso de uma parada cardíaca é que a gente não tem estrutura (E 1).

De urgência mais (adequada) [...] Emergência temos déficit [...] não de recursos humanos, mas de equipamentos hospitalares. (E 2)

Não. Tentamos fazer uma sala de emergência, onde fica o carrinho de parada, as medicações, o oxigênio, enfim. Mas não temos alguns aparatos hospitalares. (E 3)

Não adequada até porque não é uma unidade destinada a isso. Mas a gente consegue realizar o primeiro atendimento e encaminhar ao serviço competente. (E 4)

Não [...]. Nós não fomos criados pra isso, é tudo na base do jeitinho, do improviso. Aquela parte primária foi deixada de lado. O objetivo que colocam pra gente hoje é atender as urgências que aparecem, sem estrutura. Não temos laboratório, pessoal, farmácia. Fingimos para o paciente que está tudo bem, que estamos resolvendo o problema dele, mas não estamos, estamos apenas fingindo, tapeando o paciente. E para o hospital essa é uma situação muito cômoda. Mas o problema é que o

objetivo da Unidade Básica não é reduzir a fila do hospital, é fazer o trabalho preventivo. Consequentemente, a longo prazo isso vai acontecer, reduzir a fila do hospital mas esse não é o nosso objetivo. (E 5)

Sim. (E 6)

De emergência não. Não temos desfibrilador, o carrinho de parada não tem todos os medicamentos que a gente já olhou isso, não tem uma sala de acolhimento onde por exemplo você coloque o paciente no oxigênio [...] a unidade não está preparada para atender emergência. (E 7)

A estrutura de uma UBS deve ser capaz de atender, tanto às necessidades de trabalho da Equipe de Saúde da Família quanto ao acolhimento das demandas de saúde espontâneas da população adscrita, sendo, portanto, adaptada à realidade local, ao número da população atendida e à especificidade do atendimento.²⁰

E embora alguns dos entrevistados tenham dito que a UBS não se destina ao atendimento de urgência e emergência, os preceitos do Ministério da Saúde afirmam que a assistência a quadros agudos, traumáticos, clínicos ou psiquiátricos que possam resultar em sofrimento, sequelas ou à morte, é de responsabilidade de todas as entidades que integrem a rede SUS, o que inclui as UBS.²¹

Diversos estudos desenvolvidos com enfermeiros de UBS abordam o déficit de infraestrutura e de materiais. Como um que demonstrou que 100% dos enfermeiros relataram ausência de infraestrutura adequada e de equipamentos necessários à assistência de urgência e emergência e ainda referiram que isso prejudica a qualidade do atendimento²¹. Validando, outra pesquisa realizada no Rio Grande do Sul com nove profissionais de duas unidades de APS deste estado, revelou que nelas não havia os insumos básicos para a prestação da assistência de urgência e emergência e que os enfermeiros consideraram as unidades inaptas a esse tipo de atendimento.²²

Ainda nesta temática, um estudo realizado em 13 UBS atestou que o único material necessário à assistência de urgência e emergência encontrado em todas as unidades foram luvas de procedimento. O desfibrilador automático (DEA) estava presente em apenas uma unidade, contudo os carros de parada apresentavam obstáculos ao acesso.²³

Formação adquirida durante a graduação de enfermagem para atuação profissional em situações de urgência e emergência

Essa categoria trata a respeito dos conhecimentos teóricos e práticos adquiridos durante a graduação de enfermagem para a assistência de enfermagem a casos de urgência e emergência. Todos os entrevistados relataram que a graduação foi insuficiente, conforme segue:

A gente não tem essa formação. [...] Isso a gente adquire com a prática, com o tempo, [...] com o que a gente se propõe a aprender. Mas urgência e emergência não têm na faculdade, tem uma visão geral, mas a visão geral não garante uma assistência, uma prática efetiva. (E 1)

[...] Não tive uma formação em urgência e emergência [...] Eu tive uma formação depois, trabalhando na unidade básica com o SAMU, onde a gente teve esse treinamento. Mas como não tem essa prática diária, acaba tendo dificuldade na hora de uma emergência. (E 2)

A graduação não me deixou preparada, me deu uma base. Mas acho que não se restringe à área de urgência e emergência. É uma questão do curso como um todo: a faculdade dá um suporte, mas realmente é o cotidiano e seus estudos depois que vai te dar a segurança para atuação. (E 3)

Acho a graduação um pouco fraca, até mesmo pela quantidade de cursos superiores que existem hoje de baixa qualidade. (E 4)

Foi muito baixa, muito pequena, quase não tivemos, não saímos preparados (E 5)

Hoje em dia, na minha visão, tanto instituições públicas como privadas, tem a visão do enfermeiro generalista. Elas querem ensinar tudo, mas ao mesmo tempo não se aprofundam em nada. Então acho que somente a graduação pra atender casos de urgência e emergência não é suficiente. (E 6)

Na minha formação foi zero. [...] 90% das coisas que eu faço no meu dia a dia eu não aprendi na faculdade [...] Foi de dia a dia, até aqui na UBS eu aprendo com meus colegas, com os médicos, eu aprendo muito aqui. Na faculdade, tipo nada. [...] fiz estágio por menos de um semestre, poucas vezes passei na atenção primária. [...] Não era nem da época da saúde da família nem muito menos de urgências e emergência, a gente nem fazia estágio nisso. (E 7)

Com os avanços na organização do sistema brasileiro de atenção às urgências no tocante a incorporação de tecnologias novas e à definição de conceitos, é esperado que a formação profissional também evolua e assim, possibilite o acolhimento, a assistência e o encaminhamento de usuários acometidos por agravos agudos apenas quando a complexidade do serviço em questão impossibilitar a continuidade dos cuidados.²⁴⁻²⁵

Para tanto, a graduação em Enfermagem deve orientar o ensino aos agravos de maior relevância nacional, abrangendo todos os níveis de assistência onde haja atuação da enfermagem por meio do desenvolvimento progressivo de suas habilidades.²⁶⁻²⁷

As diretrizes curriculares nacionais do curso de Graduação em Enfermagem estabelecem o perfil do formando egresso/profissional como o enfermeiro com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, apto a identificar e interceder nos casos mais prevalentes de saúde-doença do perfil epidemiológico nacional, com ações baseadas no rigor científico e intelectual e nos princípios éticos.²⁸

Desse modo, a formação de enfermagem para a assistência de pacientes em condições críticas deve abranger os desequilíbrios orgânicos e estratégias facilitadoras para a prática assistencial. Tais estratégias devem possibilitar o reconhecimento das condições clínicas atuais além da identificação de situações em que haja potencial de evolução de piora clínica para que, dessa forma, o manejo adequado e eficaz seja precocemente implementado.²⁹⁻³⁰

Curso de treinamento em urgência e emergência

Nesta categoria os enfermeiros foram questionados se possuíam treinamento em urgência e emergência e, caso positivo, se o treinamento em questão havia sido fornecido pela secretaria de saúde do DF ou realizado por meio de recursos próprios.

Cinco dos enfermeiros disseram possuir treinamento nessa área, conforme relatos a seguir:

Eu fiz um treinamento a muito tempo atrás, deve ter uns 15 anos. Pago por meio de recurso próprio. (E 1)

Sim, há um tempo. Financiado pela secretaria de saúde mesmo. (E 2)

Fiz alguns cursos, o último em 2019. Todos através de recurso próprio. (E3)

Sim, fiz duas residências e todos esses cursos que fiz, foram feitos durante a residência. (E 4)

Não. Tivemos o CONVERT, pela secretaria, quando a UBS foi transformada no modelo de saúde da família. Mas foi uma coisa muito enfiada goela abaixo, [...] muito imposta. E não foi proveitoso pra gente dominar o assunto, fomos pegando no dia a dia mesmo. (E 5)

Não. (E 6)

Eu já fiz principalmente na parte de criança porque eu já trabalhei na UTI em neonatologia, e também já fiz uns treinamentos do SAMU por conta própria. [...] A maioria dos cursos foi financiada pelo serviço: SAMU, Sociedade de Pediatria. Sempre tem, mas na parte hospitalar parece que tinha mais, pra atenção primária tem muito pouco (cursos) ou não chegam pra gente, não sei. De urgência quase não tem. (E 7)

A necessidade de possuir raciocínio clínico ágil para nortear o processo de tomada de decisão em atendimentos de urgência e emergência reforça a importância de planejar ações educacionais de capacitação e especialização voltadas aos enfermeiros da atenção básica.³¹

Sobre conhecimento teórico e habilidades práticas em Suporte Básico de Vida (SBV), um estudo cujo objetivo foi avaliar o atendimento de adultos em parada cardiorrespiratória antes e após uma intervenção educativa concluiu que a maioria dos profissionais da APS demonstrou incapacidade técnica para agir diante da identificação de uma PCR. Os profissionais não souberam utilizar o desfibrilador de maneira adequada, não foram capazes de reconhecer se o ritmo

cardíaco era chocável ou não e a maioria classificou seu conhecimento como ruim. Mediante avaliação em prática simulada, a maioria não soube executar as manobras de SBV.³²

Um estudo realizado na cidade de Maringá, Paraná, constatou déficit na identificação de situações de urgência e emergência com ênfase para a dificuldade no uso de fármacos essenciais ao primeiro atendimento³³ e, no município paraibano de Cajazeiras, estudo semelhante demonstrou que os profissionais da atenção primária à saúde possuíam qualificação profissional insuficiente para o atendimento às urgências e emergências, e sobre a definição de urgência e emergência.²¹

A fim de minimizar os riscos à vida e possibilitar a qualidade, rapidez, segurança e qualidade do atendimento, a equipe de saúde deve estar apta a identificar, por meio da avaliação inicial, os sinais e sintomas de gravidade de cada faixa etária. A presença de profissional com conhecimento insuficiente pode colaborar com o agravamento da condição clínica do usuário.³⁴

Temas importantes em capacitações de urgência e emergência para enfermeiros da atenção básica

Nesta categoria os enfermeiros puderam expor sua opinião sobre quais temas deveriam ser trabalhados em treinamentos na atenção básica.

As respostas foram bem diversificadas pois refletem a realidade do atendimento à população adscrita de cada UBS, conforme relatos:

PCR (parada cardiorrespiratória), AVC, parto. (E 1)

Seriam mais temas de emergência mesmo [...] parada cardiorrespiratória (E 2)

Sintomas de infarto, picos hipertensivos, hiperglicemia. (E 3)

Urgência quanto à traumas, overdose e coma alcoólico. (E 4)

Eu acho que isso não deveria ser uma prioridade pra gente. A gente não lida com PCR e convulsão todo dia, isso seria mais útil lá pro pronto socorro. [...] se eu tivesse respondendo essa pergunta eu estaria concordando com o fato da gente aceitar essas demandas. [...] nesses últimos dois meses estou atendendo muitos pacientes crônicos que ficaram esquecidos nesses últimos dois anos de pandemia, então estão vindo muito descompensados. DM descompensada, hipertensão[...]a gente precisava focar nesses casos [...] (E 5)

O principal seria a questão da utilização dos protocolos. Os protocolos existem, são atualizados, mas a gente não tem a orientação da conduta. Então por conta própria a gente acaba buscando (conhecimento) para poder dar uma assistência melhor para o paciente. [...] Fui pegando na prática [...] tirava dúvidas com enfermeiros mais antigos e consegui assimilar bem [...] Mas tenho uma colega que assumiu junto comigo que sentiu muita dificuldade [...] porque veio da atenção hospitalar e a atenção básica é outro mundo. (E 6)

Eu acho que deviam ter cursos pra esses casos mais prevalentes: pico hipertensivo, crianças que chegam convulsionando. E ninguém, e eu tenho certeza do que eu estou falando porque eu já passei por quatro

UBS's, ninguém tem formação e nem estrutura se precisar entubar o paciente. O médico não vai saber entubar, não vai saber ventilar o paciente, qual medicação vai fazer. Se tiver um desfibrilador ninguém vai saber usar. [...] Aqui não tem nem o desfibrilador automático, nem aqui nem na maioria das UBS's. O Automático ainda vai te dizendo o que fazer, mas ainda assim eu fico pensando, será que o pessoal vai saber o que fazer naquele alvoroço? Será que vai saber usar? Precisaria desse treinamento, mas isso é no geral pra área da enfermagem, área hospitalar também. (E 7)

Os relatos apresentados evidenciam interesse na realização de cursos por parte dos enfermeiros da atenção básica e revelam dificuldades que podem comprometer a assistência adequada ao usuário que chegue à unidade necessitando de atendimento de urgência e emergência.

Esse fato é corroborado por diversas pesquisas que demonstram que atualizações e capacitações são essenciais para a prestação de uma assistência de qualidade ao usuário. Tais pesquisas evidenciaram conhecimento deficitário dos profissionais atuantes na atenção primária diante de situações urgentiais, fato que aponta a necessidade da implementação de educação permanente que possibilite ao usuário ser assistido com condutas adequadas.²¹

No cenário de urgência e emergência a Parada Cardiorrespiratória (PCR) é uma das intercorrências mais comuns³⁵. O usuário que é assistido por um profissional de saúde que tenha treinamento em Suporte Básico de Vida (SBV) apresenta aumento considerável na taxa de sobrevivência³⁶. Porém, diversas vezes, os profissionais apresentam déficits perante uma PCR tais como a dificuldade da situação apresentada e a realização não efetiva das sequências de Ressuscitação Cardiopulmonar (RCP).³⁶⁻³⁷

A Educação Permanente em Saúde (EPS), implementada por meio da portaria GM/MS nº1.996, de 20 de agosto de 2007, visa a formação e a qualificação dos profissionais de saúde baseada nas necessidades da população para que, mediante a obtenção de aprendizado e reflexão, haja modificações diárias nas condutas que promovam um atendimento de qualidade ao usuário.

Considerações Finais

Esta pesquisa buscou entender como ocorre o atendimento aos casos de urgência e emergência na atenção básica sob o ponto de vista do enfermeiro. Os mesmos foram questionados sobre diversos aspectos que vão desde sua formação acadêmica, capacitação e até a infraestrutura da UBS onde atuam.

Baseado nas informações coletadas considera-se que apesar de existir demanda de urgência e emergência na atenção básica, o treinamento dos profissionais e o fornecimento de infraestrutura básica não são realidade.

As narrativas coletadas possibilitaram atingir o objetivo geral da pesquisa.

Pode-se ainda abrir os seguintes questionamentos: a busca de treinamentos por conta própria é capaz de garantir a efetividade do atendimento de urgências e emergências na atenção básica? A equipe de saúde da família, de formação generalista, está preparada para prestar assistência a casos de urgência e emergência? Não seria melhor ter o serviço de atendimento de urgências e emergências disponível para estas unidades?

Assim sendo, muitas perguntas emergem a partir deste estudo. Na tentativa de procura da solução para esses atendimentos nos deparamos com as atribuições da atenção básica e com a necessidade que a mesma tem de promover a saúde, prevenir as doenças e na medida do possível promover a recuperação.

O enfermeiro como sujeito principal neste cenário de tantas controvérsias, fica de fato instável e muito vulnerável em cada um dos atendimentos. Cabe ao SUS repensar onde de fato deve ser feito o serviço de atendimento de urgências e emergências, prover recursos humanos capacitados e caso decida que será também na UBS esse tipo de atendimento, deverá rever a estrutura física e recursos materiais para tal.

Agradecimento

Essa pesquisa não recebeu financiamento para sua realização.

Referências

1. O que é Atenção Primária. Portal da Secretária de Atenção Primária a Saúde [Internet]. Brasília. [citado em 2022 Mai 20]. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/smp/smpoquee>.
2. Brasil. Portaria nº 648/ 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS) [Internet]. 2006 [citado em 2022 Mai 17]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM648_20060328.pdf.
3. Oliveira FP, Vanni T, Pinto HA, Santos JTR, Figueredo AM, et al. Mais Médicos: um programa brasileiro em uma perspectiva internacional. Interface [Internet]. Botucatu. 2015 [citado em 2022 Mai 17]; 19(54):623-34. Doi: <https://doi.org/10.1590/1807-57622014.1142>.
4. Atenção Primária à Saúde: o que é?. Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade [Internet]. Rio de Janeiro. 2016 [citado em 2021 Mar 11]. Disponível em: <https://www.sbmfc.org.br/noticias/atencao-primaria-a-saude-o-que-e/>.
5. Melo MCB, Silva NLC. Urgência em atenção básica em saúde. Belo Horizonte: Nescon/UFMG; 2011. 140 p.
6. Coelho FA, Oliveira MACA, Fortunato RS, Pereira RG. Evidências da contribuição da atenção primária de qualidade no serviço de atendimento de urgência e emergência: uma abordagem do município de Ubá-MG [Internet]. 2016 [citado em 2021 Mar 12]; 1. Disponível em: <https://revista.unifagoc.edu.br/index.php/saude/article/view/6/144>.
7. Garcia JACL. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem [master's thesis]. Alagoas. Universidade federal de Alagoas; 2019. 84 p. disponível em: <http://www.repositorio.ufal.br/jspui/handle/riufal/6617>.
8. Baratieri T, Almeida KP, Lentsck MH, Natal S. Percepções de usuários atendidos em um Pronto Atendimento: olhar sobre a Atenção Primária à Saúde. Revista de Saúde

pública do paraná [Internet]. 2017 [citado em 2021 Mar 12]; 18 (1): 54-63. Doi: <https://doi.org/10.5433/15177130-2017v18n1p54>.

9. Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 4. Ed. São Paulo: Atlas, 2008.

10. Brasil. Portaria n  77/2017. Estabelece a Política de Aten o Primária   Saúde do Distrito Federal [Internet]. 2017 [citado em 2021 Mai 20]. Disponível em: http://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/b41d856d8d554d4b95431cdd9ee00521/Portaria_77_14_02_2017.htm.

11. Vasconcelos AMN, Dutra KT, Oliveira MB, Neto BAM. Proje es Populacionais para as Regiões Administrativas do Distrito Federal 2010-2020 [Internet]. 2019 [citado em 2021 Mai 30]. Disponível em: <https://www.codeplan.df.gov.br/wp-content/uploads/2018/03/NT-Proje%C3%A7%C3%B5es-Populacionais-para-as-Regi%C3%B5es-Administrativas-do-Distrito-Federal.pdf>.

12. Sguario R, Joseani P. O Enfretamento do Enfermeiro da Estratégia Saúde da Família na Urgência e Emergência [dissertation on the Internet]. Chapecó. 2017 [citado em 2021 Mai 21]. 18 p. Disponível em: <http://www.uniedu.sed.sc.gov.br/wp-content/uploads/2017/08/TCC-Raquel-Sgu%C3%A1rio-ok.pdf>.

13. Oliveira M, Trindade M F. Atendimento De Urgência e Emergência na Rede de Aten o Básica de Saúde: Análise do Papel do Enfermeiro e o Processo de Acolhimento. [Internet]. 2010 [citado em 2022 Mar 23] 12 p. Disponível em: <http://periodicos.estacio.br/index.php/revistahorus/article/view/3978>

14. Santana ML. Demanda espontânea e planejamento estratégico situacional no Programa Saúde da Família de Pindamonhangaba. Rev Bras Med Fam Comunidade [Internet]. 2011 [citado em 2022 Fev 01]; 6(19):133-41. Disponível em: DOI: [https://doi.org/10.5712/rbmfc6\(19\)163](https://doi.org/10.5712/rbmfc6(19)163).

15. Lima MADS, Ramos DD, Rosa RB, Nauderer TM, Davis R. Acesso e acolhimento em unidades de saúde na visão dos usuários. Revista Acta Paulista de Enfermagem [Internet]. 2007 [citado em 2022 Mai 23]; 20 (1): 7-12. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/38468/000623819.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

16. Farias DC, Celino SDM, Peixoto JBS, Barbosa ML, Costa GMC. Acolhimento e Resolubilidade das Urgências na Estratégia Saúde da Família. Rev. bras. educ. med [Internet]. 2015 [citado em 2022 Mai 05]; 39 (1). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v39n1e00472014>.

17. Oliveira LML, Tunin ASM, Silva FC. Acolhimento: concep es, implica es no processo de trabalho e na aten o em saúde. Rev. APS [Internet]. 2008 [citado em 2022 Mai 05]; 11 (4): 362-373. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/14297/7735>.

18. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Aten o   Saúde. Departamento de Aten o Básica. Política Nacional de Aten o Básica [Internet]. 2012 [citado em 2022 Mai 05]. 114 p. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>.

19. Franco CM, Franco TB. Linhas do cuidado integral: uma proposta de organiza o da rede de saúde [master's thesis]. Universidade Federal Fluminense; 2012. 13 p. Disponível em:

https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/445762/mod_resource/content/1/LINHA_S_DO_CUIDADO_INTEGRAL.pdf.

20. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família [Internet]. 2008 [citado em Mai 05]. 52 p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_estrutura_fisica_ubs.pdf.

21. Nóbrega DM, Bezerra ALD, Sousa MNA. Conhecimentos, Atitudes e Práticas em Urgência e Emergência na Atenção Primária à Saúde. Revista Eletrônica da Fainor [Internet]. Vitória da Conquista. 2015 [citado em 2022 Mai 19]; 8(2):141-157. Disponível em:

https://www.researchgate.net/publication/318457138_CONHECIMENTOS_ATITUDES_E_PRATICAS_EM_URGENCIA_E_EMERGENCIA_NA_ATENCAO_PRIMARIA_A_SAUDE/link/596bbbd6aca2728ca6861a26/download.

22. Oliveira PS, Diefenbach GD, Colomé J, Buriol D, Rosas H, et al. Atuação profissional nas urgências/ emergências em unidades básicas de saúde. Rev Pesq. Cuid. Fundam [Internet]. 2020 [citado em 2022 Mai 19]; 12: 820-826. Doi: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v12.75>.

23. Cassinelli F, Melo ES, Costa CRB, Reis RK. Avaliação da estrutura na Atenção primária em saúde para o suporte básico de vida. Rev. Saúde e Pesquisa [Internet]. Maringá (PR). 2019 [citado em 2022 Mai 19]; 12 (2): 317-322. Doi: <https://doi.org/10.17765/2176-9206.2019v12n2p317-322>.

24. Guedes MVC, Henriques ACPT, Lima MMN. Acolhimento em um serviço de emergência: percepção dos usuários. Rev Bras Enferm. [Internet]. Brasília. 2013 [citado em 2022 Mai 23]; 66 (1): 31-7. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/ntFtXDpDYV6Fbpgtp6gfBc/?format=pdf&lang=pt>.

25. Weykamp JM, Pickersgill CS, Cecagno D, Vieira FP, Crecencia H, Siqueira H. Acolhimento com classificação de risco nos serviços de urgência e emergência: aplicabilidade na enfermagem. Rev RENE [Internet]. 2015 [citado em 2022 Mai 22]; 16 (3): 327-36. Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/2768/2150>.

26. Lelli LB, Bernadino E, Peres AM, Fabríz LA. Estratégias gerenciais para o desenvolvimento de competências em enfermagem em hospital de ensino. Cogitare Enferm [Internet]. 2012 [citado em 2022 Mai 22]; 17 (2): 262-9. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/24932/18480>.

27. Hyndman B. Rumo ao desenvolvimento de competências de promoção da saúde baseadas em habilidades: a experiência canadense. Glob Health Promot [Internet]. 2009 [citado em 2022 Mai 15]; 16 (2): 51-5. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/1757975909104105>.

28. Brasil. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES 3/2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. [Internet]. 2001. [Citado em 2022 Mai. 17] Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES03.pdf>

29. Merighi MAB, Jesus MCP, Domingos SRF, Oliveira DM, Ito TN. Ensinar e aprender no campo clínico: perspectiva de docentes, enfermeiras e estudantes de enfermagem.

Rev Bras Enferm [Internet]. 2014 [citado em 2022 mai 19]; 67 (4): 505-11. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2014670402>

30. Aued GK, Bernardino E, Peres AM, Lacerda MR, Dallaire C, Ribas EN. Clinical competences of nursing assistants: a strategy for people management. Rev Bras Enferm [Internet]. Brasília. 2016 [citado em 2022 Mai 23]; 69 (1): 130-7. Doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2016690119i>.

31. Deslandes SF. Frágeis deuses: profissionais da emergência entre os danos da violência e a recriação da vida. [Internet]. Rio de Janeiro (RJ): Fiocruz. 2002 [citado em 2022 Mai 23]. 248 p. Doi: <https://doi.org/10.7476/9788575415283>.

32. Santos APM, Santana MMR, Tavares FL, Toledo LV, Moreira TR, et al. Conhecimentos e habilidades dos profissionais da atenção primária à saúde sobre suporte básico de vida. Rev. HU [Internet]. 2019 [citado em 2022 Mai 23]; 23 (3): 586-600. Doi: <https://doi.org/10.34019/1982-8047.2019.v45.26815>

33. Omena MBSF, et al. Intervenção educativa sobre urgência e emergência na Atenção Básica de Saúde. Rev. O Mundo da Saúde [Internet]. 2019 [citado em 2022 Mai 23]; 43 (3): 586-600. Disponível em: <https://revistamundodasaude.emnuvens.com.br/mundodasaude/article/view/41/886>.

34. Laurindo MV, Ribeiro LML, Lima OS, Bastos ECB, Costa ANB, et al. A importância de adaptar as unidades básicas de saúde para o atendimento de urgência e emergência de menor complexidade. Rev. Hea [Internet]. 2019 [citado em 2022 Mai 23]; 2 (3): 1688-1709. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/1434/1551>.

35. Destaque das diretrizes de RCP e ACE. AMERICAN HEART ASSOCIATION [Internet]. 2020 [citado em 2022 Mai 25]. Disponível em: Disponível em: https://cpr.heart.org/-/media/CPR-Files/CPR-Guidelines-Files/Highlights/Hghlghts_2020ECCGuidelines_Portuguese.pdf.

36. Monteiro MJFSP, Pereira MCARS, Carvalho RMBC, Carril ESB, Carril MFB, Rodrigues VMCP. Capacitação de trabalhadores em suporte básico de vida. Rev Cuid [Intenet]. 2018 [citado em 2022 Mai 23]; 9(2): 2117-26. Doi: <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v9i2.505>.

37. Junior LEM, Souza FM, Almeida LC, Veloso GGV, Caldeira AP. Avaliação de treinamento em suporte básico de vida. Rev Bras Med Fam Comunidade [Internet]. 2016 [citado em 2022 Mai 24]; 11 (38): 1-10. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1231>.

Autor de correspondência

Roberta Gondim Tenório Pinto
Centro Universitário Planalto do Distrito Federal
Av. Pau Brasil- Lote 2. CEP: 71916-000- Águas
Claras. Brasília- Distrito Federal, Brasil.
enfermeirarobertagondim@gmail.com

Associação entre nível de estresse acadêmico e resiliência em estudantes da área de saúde

Association between level of academic stress and resilience in health students

Asociación entre nivel de estrés académico y resiliencia en estudiantes de salud

Thábata de Castro Rodrigues Vieira¹, Rodrigo Marques da Silva², Karen Maria Marques Martins³, Marcus Vinicius Ribeiro Ferreira⁴, Wanderlan Cabral Neves⁵

Como citar: Vieira TC, Silva RM, Martins KMM, Ferreira MVR, Neves WC. Associação entre nível de estresse acadêmico e resiliência em estudantes da área de saúde. 2022; 11(3): 407-16. Doi: <https://doi.org/10.36239/revisa.v11.n3.p407a416>

REVISA

1. Centro Universitário Planalto do Distrito Federal. Águas Claras, Distrito Federal, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0002-4642-8155>

2. Centro Universitário Planalto do Distrito Federal. Águas Claras, Distrito Federal, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0003-2881-9045>

3. Centro Universitário Planalto do Distrito Federal. Águas Claras, Distrito Federal, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0003-4443-5201>

4. Universidade de São Paulo. São Paulo, São Paulo, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0003-1417-0871>

5. Universidade Católica de Brasília. Brasília, Distrito Federal, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0002-8124-0262>

Recebido: 12/04/2022
Aprovado: 23/06/2022

RESUMO

Objetivo: Analisar a associação entre nível de estresse acadêmico e resiliência em estudantes da área de saúde. **Método:** Trata-se de um quantitativo, transversal realizado com 34 discentes da área de saúde de uma faculdade privada de Goiás, via google forms, de novembro a dezembro de 2021 por meio de Formulário para caracterização sociodemográfica e acadêmica e; Instrumento para Avaliação do Estresse em Estudantes de Enfermagem e Escala de Resiliência de Wagnild & Young. A análise ocorreu no Statistical Package for Social Sciences (SPSS), versão 20.0. **Resultados:** Verificou-se predomínio de discentes com alto nível de estresse geral (52,9%) e moderada resiliência (41,2%). Predominaram estudantes com baixo nível de estresse na realização de Atividades Práticas (64,7%), na comunicação profissional (58,8%), no gerenciamento do tempo (76,5%), relacionado ao ambiente (82,4%), na formação profissional (64,7%) e nas atividades teórica (58,8%). Observou-se relação significativa entre o nível de estresse relacionado à formação profissional e o nível de resiliência. **Conclusão:** confirma-se a relação entre resiliência e estresse acadêmico, sendo que a resiliência atua positivamente sobre o estresse sendo um fator protetor à saúde uma vez que pode fortalecer à capacidade de adaptação do discente às adversidades da vida e do contexto acadêmico.

Descritores: Estresse Psicológico; Estudantes; Qualidade de Vida.

ABSTRACT

Objective: To analyze the association between level of academic stress and resilience in health students. **Method:** This is a quantitative, cross-sectional study with 34 students from the health area of a private college in Goiás, via google forms, from November to December 2021 through a Form for sociodemographic and academic characterization and; Instrument for Stress Assessment in Nursing Students and Wagnild & Young Resilience Scale. The analysis took place in the Statistical Package for Social Sciences (SPSS), version 20.0. **Results:** There was a predominance of students with a high level of general stress (52.9%) and moderate resilience (41.2%). Students with low stress level in performing Practical Activities (64.7%), professional communication (58.8%), time management (76.5%), related to the environment (82.4%), professional training (64.7%) and theoretical activities (58.8%) predominated. A significant relationship was observed between the level of stress related to professional training and the level of resilience. **Conclusion:** the relationship between resilience and academic stress is confirmed, and resilience acts positively on stress and is a protective factor to health, since it can strengthen the student's ability to adapt to the adversities of life and the academic context.

Descriptors: Psychological Stress; Students; Quality of Life.

RESUMEN

Objetivo: Analizar la asociación entre nivel de estrés académico y resiliencia en estudiantes de salud. **Método:** Se trata de un estudio cuantitativo, transversal, con 34 estudiantes del área de salud de una universidad privada en Goiás, a través de formularios de google, de noviembre a diciembre de 2021 a través de un Formulario de caracterización sociodemográfica y académica y; Instrumento para la Evaluación del Estrés en Estudiantes de Enfermería y Escala de Resiliencia de Wagnild y Young. El análisis se realizó en el Statistical Package for Social Sciences (SPSS), versión 20.0. **Resultados:** Predominaron los estudiantes con alto nivel de estrés general (52,9%) y resiliencia moderada (41,2%). Predominaron los estudiantes con bajo nivel de estrés en la realización de Actividades Prácticas (64,7%), comunicación profesional (58,8%), gestión del tiempo (76,5%), relacionadas con el entorno (82,4%), formación profesional (64,7%) y actividades teóricas (58,8%). Se observó una relación significativa entre el nivel de estrés relacionado con la formación profesional y el nivel de resiliencia. **Conclusión:** se confirma la relación entre resiliencia y estrés académico, y la resiliencia actúa positivamente sobre el estrés y es un factor protector para la salud, ya que puede fortalecer la capacidad del estudiante para adaptarse a las adversidades de la vida y al contexto académico.

Descritores: Estrés Psicológico; Estudiantes; Calidad de vida.

Introdução

Os acadêmicos da área da saúde costumam estar submetidos a situações estressoras, o que pode estar relacionado à necessidade da adaptação fisiológica e psicológica no âmbito universitário, às experiências clínicas e tarefas excessivas, às cobranças relacionadas às atividades acadêmicas, bem como às avaliações, rotinas e tomada de decisões.¹ O enfrentamento de situações exclusivas desta área de formação também pode sobrecarregar os recursos adaptativos dos discentes, levando-os ao estresse acadêmico.²

O estresse, segundo o modelo interacionista, é definido como qualquer estímulo que demande do ambiente externo ou interno e que taxee ou exceda as fontes de adaptação de um indivíduo ou sistema social.³ Em uma pesquisa com 34 estudantes da área da saúde de uma universidade privada do estado de Goiás, identificou-se que 52,9% apresentam alto nível de estresse, 23,5% apresentam alto estresse nas atividades teóricas, 20,6% apresentam alto estresse na formação profissional e 20% apresentam nível médio de estresse relacionado com a realização de atividades práticas.⁴

Nesse sentido, os estudos científicos com a temática “estresse em universitários” têm ganhado mais espaço, pois quando não identificado e não tratado pode vir a afetar o desempenho acadêmico, resultando em adoecimento físico ou psicológico e desistência da formação acadêmica.²⁻⁵

Por outro lado, para lidar com os efeitos relacionados ao estresse, tem-se a resiliência. Ela é entendida como a capacidade de enfrentar problemas e pressões de acordo com as ciências sociais. Também pode ser compreendida como um processo emocional, ambiental, sociocultural e cognitivo que facilita a adaptação do indivíduo a novas situações. Além disso, pode ser reconhecida como uma maneira de lidar com experiências estressoras com menos resultados negativos.⁶

Tendo em vista que a Resiliência compreende um processo de vivência de reconhecimentos e frustrações, atualmente, estudos científicos sobre ela têm se destacado tendo por base sua importância para a saúde e desenvolvimento humano.⁶ Isso ocorre porque ela tem sido apontada como uma habilidade individual capaz de promover a saúde, minimizando o estresse, a ansiedade, a raiva e a depressão. A exemplo disso, em estudo realizado com 138 discentes da área da saúde de uma faculdade localizada no entorno de Brasília - DF, aponta que 21,7% desse discentes apresentam resiliência elevada e 71,7% possuem nível moderado de resiliência. Os estudantes resilientes apresentam níveis mais baixos de estresse e depressão, o que influencia diretamente na qualidade de vida.⁷

Contudo, apesar do crescimento do interesse em estudos sobre estresse acadêmico e resiliência, poucos estudos analisam a associação entre esses fenômenos de forma detalhada, em especial englobando discentes de diferentes cursos do campo da saúde. A exemplo disso, pesquisa com 56 estudantes de enfermagem do Rio de Janeiro identificou que 39,3% possuíam elevada resiliência, 37,5% resiliência moderada e 23,2% baixa resiliência.⁸ Todavia, este estudo⁸ não avaliou o estresse e sua associação com a resiliência no âmbito acadêmico, o que permitiria ampliar os achados considerando-se as especificidades de cada curso.

Nesse sentido, o objetivo desse estudo foi analisar a associação entre nível de estresse acadêmico e resiliência em estudantes da área de saúde.

Método

Trata-se de um quantitativo, transversal e descritivo realizado com 34 discentes da área de saúde de uma faculdade privada do estado de Goiás. Incluíram-se discentes regularmente matriculados nos todas as etapas dos cursos de graduação pertencentes a área de saúde (cursos de enfermagem, farmácia e fisioterapia) de todas as instituições e maiores de 18 anos. Foram excluídos aqueles que participaram da pesquisa como auxiliares de coleta de dados; e que, no período de coleta dos dados, estiveram em intercâmbio.

Os dados foram coletados de novembro a dezembro de 2021, via google forms, por meio dos seguintes instrumentos: Formulário para caracterização sociodemográfica e acadêmica; Instrumento para Avaliação do Estresse em Estudantes de Enfermagem (AEEE) e Escala de Resiliência de Wagnild & Young. Após a obtenção dos endereços de email dos discentes matriculados nos cursos da área de saúde do 1º aos 8º semestres, realizou-se o envio do TCLE e convite para a pesquisa aos discentes. Após o aceite e assinatura online do TCLE, foi enviado e-mail com o link para acesso ao protocolo de coleta de dados, com prazo de dez dias preenchimento do mesmo.

O Formulário para caracterização incluiu as seguintes variáveis sociodemográficas: data de nascimento, sexo, filhos, situação conjugal, com quem reside, realização de atividades de lazer, prática de esportes, fontes de renda, dependente financeiro, suficiência da renda mensal para a manutenção, uso de fármaco ou substância (chá, café, energético, etc) para inibir o sono e para conseguir dormir; hábito de fumar e consumo de bebida alcoólica; e acadêmicas: tempo gasto para chegar a IES, meio de transporte, carga horária no semestre atual, realização de atividades extracurriculares, atividade de trabalho, experiência profissional na área da saúde, satisfação com o curso e interesse em desistir do curso.

O Instrumento para Avaliação de Estresse em Estudantes de Enfermagem (AEEE) foi proposto por Costa e Polak em 2009⁽⁹⁾ e é composto por 30 itens agrupados em seis domínios: Realização das atividades práticas (Itens 4,5,7,9,12 e 21); Comunicação profissional (Itens 6,8,16 e 20); Gerenciamento do tempo (Itens 3,18,23, 26 e 30); Ambiente (Itens 11,22,24 e 29); Formação profissional (Itens 1,15,17,19,25 e 27); Atividade teórica (Itens 2,10,13,14 e 28). Os itens apresentam-se em escala tipo likert de quatro pontos em que: zero - “não vivencio a situação”; um- “não me sinto estressado com a situação”; dois - “me sinto pouco estressado com a situação”; e três- “me sinto muito estressado com a situação.”⁹ Para identificação da intensidade de estresse por fator do AEEE, foram utilizados quartis de risco definidos pelos autores do instrumento.⁹

A escala de resiliência, desenvolvida por Wagnild & Young junto a mulheres adultas¹⁰, foi adaptada e traduzida para a realidade brasileira junto a estudantes de escolas públicas em 2005⁽¹⁰⁾. Esse instrumento mede os níveis de adaptação psicossocial positiva em face de eventos de vida importantes. Ele possui 25 itens em escala tipo likert, variando de 1 (discordo totalmente) a 7 (concordo totalmente), distribuídos em 3 fatores, a ser: Resoluções de Ações e Valores (Itens 1,2,6,8,10,12,14,16,18,19,21,23,24 e 25), Independência e

determinação (Itens 5,7,9,11,13 e 22) e Autoconfiança e capacidade de adaptação a situações (Itens 3,4,15,17 e 20)⁽¹¹⁻¹²⁾. Esses fatores correspondem aos atributos que dão suporte ao enfrentamento dos problemas da vida, incluindo competência nas relações sociais, a capacidade de resolução de problemas, a conquista de autonomia e o sentido ou propósito para a vida e o futuro⁽¹¹⁻¹²⁾. Os escores da escala oscilam de 25 a 175 pontos, sendo que quanto maior o escore, mais elevada é a resiliência do sujeito. Um resultado abaixo dos 121 é considerado pelos autores do instrumento como “reduzida resiliência”; entre 121 e 145, como “resiliência moderada”; e acima dos 145, “resiliência elevada”⁽¹⁰⁾.

Para organização e análise dos dados, foi criado um banco de dados no programa Excel (Office 2010) e utilizado o programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS, versão 20.0). As variáveis qualitativas serão apresentadas em valores absolutos (n) e percentuais (n%). As variáveis quantitativas serão expostas em medidas descritivas: valores mínimos e máximos, média e desvio padrão. O alfa de Cronbach será aplicado para análise da confiabilidade dos instrumentos aplicados. Todas as variáveis quantitativas foram avaliadas pelo teste de Kolmogorov-Smirnov para verificar sua adequação à distribuição normal. Para verificar a relação entre as variáveis de estresse geral e por domínio com os níveis de resiliência, utilizou-se os testes de correlação de Pearson para dados paramétricos ou teste de correlação de Spearman para variáveis com distribuição não normal. Valores de $p < 0,05$ foram considerados estatisticamente significativos.

Em atendimento às Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos (Resolução CNS 466/12), este projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da instituição de ensino superior privada do estado de Goiás, tendo sido aprovado em 13 de julho de 2020 sob parecer número 4.151.512.

Resultados

A população inicial do estudo foi composta por 215 discentes dos cursos da área de saúde (Enfermagem, Farmácia e Fisioterapia), sendo que 34 discentes aceitaram participar da pesquisa e compuseram a população de acesso dessa pesquisa. Na tabela 1, apresentam-se os dados Sociodemográficos e acadêmicos (Variáveis categóricas) dos estudantes da área de saúde.

Tabela 1- Dados Sociodemográficos e acadêmicos (Variáveis categóricas) dos estudantes da área de saúde (n=34). Goiás, 2022.

Variável	Categoria	n	%
Sexo	Feminino	27	79,4
	Masculino	7	20,6
Situação Conjugal	Casado	11	32,4
	Divorciado	2	5,9
	Separado	3	8,8
	Solteiro	18	52,9
Filhos	Não	18	52,9
	Sim	16	47,1
Prática de Esportes	Não	24	70,6
	Sim	10	29,4
Prática de Lazer	Não	13	38,2
	Sim	21	61,8
Renda Mensal Suficiente	Não	20	58,8
	Sim	14	41,2

Faz uso de fármacos para inibir o sono?	Não	27	79,4
	Sim	7	20,6
Faz uso de fármacos para dormir?	Não	31	91,2
	Sim	3	8,8
Possui o hábito de fumar?	Não, nunca fumei.	32	94,1
	Sim, fumo.	2	5,9
Ingere bebida alcoólica?	Não, nunca bebi.	17	50
	Não, parei	1	2,9
	Sim, bebo	16	47,1
Trabalho	Não	23	67,6
	Sim	11	32,4
Variável	Min-Máx.	Média	Desvio-Padrão
Idade	17-47	29,1	8,26

Verifica-se, acima, o predomínio de estudantes do sexo feminino(79,4%), solteiros (52,9%), sem filhos(52,9%) e 58,8% afirmam que a renda mensal não é suficiente para manutenção. Ademais, 70,6% não praticam esportes e 61,8% fazem praticam atividades de lazer, 79,4% utilizam do consumo de medicamentos para inibir o sono, 47,1% possuem o hábito de ingerir bebida alcoólica e 5,9% têm o hábito de fumar. Na tabela 2, demonstra-se a distribuição dos discentes segundo os níveis de resiliência, estresse geral e por domínio.

Tabela 2- Distribuição dos discentes segundo os níveis de resiliência, estresse geral e por domínio. Goiás, 2022.

Variável	Nível	n	%
Estresse Geral	Alto	18	52,9
	Baixo	16	47,1
Resiliência	Reduzida	9	26,5
	Moderada	14	41,2
	Alta	11	32,4
Realização de Atividades Práticas	Baixo	22	64,7
	Médio	7	20,6
	Alto	3	8,8
	Muito Alto	2	5,9
Comunicação Profissional	Baixo	20	58,8
	Médio	5	14,7
	Alto	4	11,8
	Muito Alto	5	14,7
Gerenciamento do Tempo	Baixo	26	76,5
	Médio	4	11,8
	Alto	3	8,8
	Muito Alto	1	2,9
Ambiente	Baixo	28	82,4
	Médio	4	11,8
	Alto	0	0
	Muito Alto	2	5,9
Formação Profissional	Baixo	22	64,7
	Médio	1	2,9
	Alto	4	11,8
	Muito Alto	7	20,6
Atividade Teórica	Baixo	20	58,8
	Médio	5	14,7
	Alto	8	23,5
	Muito Alto	1	2,9

Verifica-se, na tabela acima, que houve predomínio de estudantes com alto nível de estresse geral (52,9%), baixo nível de estresse em todos os domínios do AEEE: Realização de Atividades Práticas (64,7%), Comunicação Profissional (58,8%), Gerenciamento do Tempo(76,5%), Ambiente(82,4%), Formação Profissional(64,7%) e Atividade Teórica(58,8%). Ademais, o nível de resiliência entre os estudantes foi moderado (n= 41,2%). Na tabela 3, apresentam-se as análises de associação entre nível geral de estresse e resiliência

Tabela 3- Análises de associação entre nível de estresse (Geral e por domínio) e resiliência entre estudantes da área de saúde. Goiás, 2022.

	Resiliência					Valor de p
	Classe	n/%	Reduzida	Moderada	Alta	
Realização de Atividades Práticas	Baixo	n	4	10	8	0,58
		%	11,80%	29,40%	23,50%	
	Médio	n	3	2	2	
		%	8,80%	5,90%	5,90%	
	Alto	n	1	2	0	
		%	2,90%	5,90%	0,00%	
	Muito Alto	n	1	0	1	
		%	2,90%	0,00%	2,90%	
Comunicação Profissional	Baixo	n	4	10	6	0,8
		%	11,80%	29,40%	17,60%	
	Médio	n	1	2	2	
		%	2,90%	5,90%	5,90%	
	Alto	n	2	1	1	
		%	5,90%	2,90%	2,90%	
	Muito Alto	n	2	1	2	
		%	5,90%	2,90%	5,90%	
Gerenciamento do Tempo	Baixo	n	7	10	9	0,72
		%	20,60%	29,40%	26,50%	
	Médio	n	1	1	2	
		%	2,90%	2,90%	5,90%	
	Alto	n	1	2	0	
		%	2,90%	5,90%	0,00%	
	Muito Alto	n	0	1	0	
		%	0,00%	2,90%	0,00%	
Ambiente	Baixo	n	5	13	10	0,11
		%	14,70%	38,20%	29,40%	
	Médio	n	3,00	0,00	1,00	
		%	8,80%	0,00%	2,90%	
	Alto	n	0	0	0	
		%	0,00%	0,00%	0,00%	
	Muito Alto	n	1,00	1,00	0,00	
		%	2,90%	2,90%	0,00%	
Formação Profissional	Baixo	n	4	11	7	0,02*
		%	11,80%	32,40%	20,60%	
	Médio	n	0	0	1	
		%	0,00%	0,00%	2,90%	
	Alto	n	4	0	0	
		%	11,80%	0,00%	0,00%	
	Muito Alto	n	1	3	3	
		%	2,90%	8,80%	8,80%	
Atividade Teórica	Baixo	n	5	8	7	0,28
		%	14,70%	23,50%	20,60%	
	Médio	n	3	0	2	
		%	8,80%	0,00%	5,90%	

		%	8,80%	0,00%	5,90%	
	Alto	n	1	5	2	
		%	2,90%	14,70%	5,90%	
	Muito Alto	n	0	1	0	
		%	0,00%	2,90%	0,00%	
Estresse Geral	Baixo	n	7	5	4	0,11
		%	21,20%	15,20%	12,10%	
	Alto	n	2	8	7	
		%	6,10%	24,20%	21,20%	

*Valor estatisticamente significativo.

Verifica-se acima que o nível de estresse relacionado à formação profissional relacionou-se significativamente ao nível de resiliência, de forma que os alunos com nível moderado de resiliência apresentam menor nível de estresse que os demais ($p=0,02$).

Discussão

O estudo realizado com 34 discentes da área da saúde (enfermagem, fisioterapia e farmácia), onde há predominância de discentes do sexo feminino (79,4%), apesar do número crescente de profissionais do sexo masculino na área da saúde⁶⁷. Há predominância indivíduos solteiros (52,9%), quando se trata da situação conjugal dos discentes, 52,9% não possuem filhos. Estudo realizado em 2019 com 138 estudantes da área da saúde (enfermagem e fisioterapia) em uma faculdade no estado de Goiás retratou a predominância de discentes sexo feminino (75,4%), solteiros(73,2%) e que não possuem filhos(68,1%). Não possuir companheiro(a) e filhos são fatores que facilitam o ingresso na vida acadêmica, pois nessa situação o indivíduo tem uma disponibilidade maior para estudar e realizar os compromissos acadêmicos⁷.

Sobre a renda mensal, 58,8% afirmam não possuir renda mensal suficiente para manutenção. Na pesquisa realizada em 2019 em uma instituição de ensino superior particular no entorno de Brasília - DF aponta que 58,7% dos discentes tinham renda mensal entre 1 e 2 salários mínimos e 52,2% tinha despesas entre 1 e 2 salários mínimos, 64,5% consideram que a renda mensal não é o suficiente. Com o ingresso na universidade, os estudantes esperam por independência financeira, principalmente os que a família não pode lidar com os custeios. Nesse caso, alguns custeios da vida cotidiana do universitário podem dificultar ainda mais a formação, como o transporte até a faculdade, onde o indivíduo reside, a alimentação, cópias reprograficas, literaturas, etc, levando a frustrações quando não conseguem sustentar os custeios necessários⁷.

Em relação aos hábitos/estilo de vida, nota-se que 70,6% dos discente não praticam esportes, em uma pesquisa realizada na Universidade Estadual da Paraíba com 254 discentes de sete cursos distintos da área da saúde (psicologia, fisioterapia, odontologia, farmácia, enfermagem, educação física e biologia) observou-se que 55,7% dos discentes apresentam dificuldade na prática de atividades físicas.¹³ A ausência dessa prática resulta em alterações na qualidade de vida dos discentes, ressaltando a importância da promoção de saúde nesse âmbito⁽¹³⁾. Em contrapartida, 61,8% praticam atividades de lazer, o que é considerado importante para equilíbrio emocional, de humor e de bem estar⁷.

Dos discentes entrevistados, 47,1% relata a ingestão bebidas alcoólicas com frequência e 5,9% têm o hábito de fumar. Em pesquisa realizada em um

centro universitário de Cuiabá com alunos de 11 cursos da área da saúde aponta que o ingresso na faculdade não influenciou no padrão de uso do álcool, geralmente a ingestão acontece em momentos de socializar, eventos festivos e para sensação de relaxamento e prazer.¹⁴ Porém, a utilização do álcool também pode estar ligada ao enfrentamento do estresse e preocupação já que o uso do álcool tende a minimizar a sensação de estresse e trazer sensação de bem-estar, mas o uso do mesmo pode trazer problemas relacionados a potencialização dos sintomas de estresse, depressão e ansiedade e dependência.¹⁵ Por outro lado, um estudo realizado com 111 estudantes de uma Escola de Saúde de Porto Alegre aponta que 58,7% dos estudantes fazem uso do fumo sem levar em consideração a possibilidade de dependência. Isso pode estar associado à intenção de reduzir os sintomas de depressão, estresse e ansiedade causados pela vida acadêmica e a convivência com indivíduos que fazem uso do fumo.¹⁵ Nesse caso, pode-se pensar que o uso das drogas lícitas está diretamente ligado ao estresse causado pela rotina dos graduandos. Observa-se também que, quanto maior os níveis de estresse e seus sintomas, maior a utilização dessas substâncias, o que, em geral, visa diminuir os efeitos do estresse, trazendo a sensação de relaxamento e alívio. Entretanto, com o uso prolongado das substâncias, a tendência é que elas não tragam mais o efeito que causa a sensação de bem-estar e sim a dependência, o que impõem riscos à saúde mental dos indivíduos que as utilizam.¹⁵

Quando se trata da qualidade do sono, 79,4% dos estudantes afirmam que fazem uso de medicamentos para inibir o sono. Em pesquisa realizada com 34 discentes da área da saúde de uma faculdade privada no estado do Goiás, aponta-se que 79,4% dos discentes possuem baixa qualidade do sono. Há autores que destacam a relevância das alterações na qualidade e padrão do sono devido aos horários variados de estudo e à sobrecarga para se adaptarem a vida universitária juntamente com a vida pessoal. Isso pode resultar em dificuldade de concentração, afetando diretamente no desenvolvimento acadêmico e na qualidade de vida dos discentes. Contudo, nota-se que a sobrecarga e o compromisso com as tarefas podem comprometer a qualidade do padrão de sono, causando sonolência durante o dia e aumentando o nível de estresse.⁴

Nas comparações entre níveis de estresse nesse estudo, predominou o alto nível de estresse geral e baixo nível de estresse em realização de atividades práticas (64,7%), comunicação profissional (58,8%), gerenciamento do tempo (76,5%), ambiente (82,4%), formação profissional (64,7%) e atividade teórica (58,8%). Em uma pesquisa realizada com 34 discentes de uma instituição privada localizada no estado de Goiás, foi observado que 52,9% sofre com alto nível de estresse geral, enquanto 47,1% afirma que sofre com baixos níveis de estresse geral. O alto nível de estresse se destaca quando se refere às atividades teóricas (23,5%) e formação profissional (20,6%), enquanto 20% dos discente apresentam médio nível de estresse referente às atividades práticas. Os discentes da área da saúde se deparam com uma alta carga de atividades em disciplinas e estágios supervisionados, o que leva ao excesso de atividades e pode estar associado ao desenvolvimento do alto nível de estresse.⁴

Por outro lado, destaca-se o nível moderado quando se trata de resiliência entre os discentes das áreas da saúde (41,2%), onde estes apresentam menor nível de estresse comparado com os demais. A resiliência é vista como um fator importante para a saúde, pois pode auxiliar no controle dos sintomas do estresse e aumentar a qualidade do sono. As relações interpessoais, a sobrecarga dos

estudos e mudanças de hábitos quando se ingressa na universidade, podem trazer riscos para saúde mental (depressão, ansiedade, hostilidade e psicoses). Todavia, pesquisadores afirmam que a resiliência pode minimizar os efeitos negativos dos potenciais estressores do ambiente acadêmico na saúde mental dos estudantes, tornando-se um elemento importante na melhora de desempenho e condições de saúde de acadêmicos.¹⁶

Conclusão

Verificou-se predomínio de discentes com alto nível de estresse geral (52,9%). Pôde-se observar de acordo com os domínios do AEEE que a maioria dos estudantes apresentam baixo nível de estresse na realização de Atividades Práticas (64,7%), na comunicação profissional (58,8%), no gerenciamento do tempo (76,5%), relacionado ao ambiente (82,4%), na formação profissional (64,7%) e nas atividades teórica (58,8%). Ademais, o nível de resiliência entre os estudantes foi moderado (41,2%).

Observou-se que há relação significativa entre o nível de estresse relacionado à formação profissional e o nível de resiliência, de forma que os acadêmicos que possuem nível moderado de resiliência apresentam menor nível de estresse quando comparado aos demais.

Nesse sentido, confirma-se a relação entre resiliência e estresse acadêmico, sendo que a resiliência atua positivamente sobre o estresse sendo um fator protetor à saúde uma vez que pode fortalecer à capacidade de adaptação do discente às adversidades da vida e do contexto acadêmico.

Agradecimento

Essa pesquisa não recebeu financiamento para sua realização.

Referências

1. Bresolin JZ, Dalmolin GL, Vasconcellos SGL, Andolhe R, Morais BX, Lanes TC. Estresse e depressão em estudantes universitários da saúde. Rev. Rene Fortaleza 2022, v 23. Doi: <http://dx.doi.org/10.15253/2175-6783.20222371879> .
2. Costa ALS, Silva RM, Sena ARAS, Silva GV, MUSSI FG, Gonçalves AKP, et al. Estresse, má qualidade do sono e desfechos negativos a saúde em estudantes de enfermagem. J Health NPEPS. 2021; 6(2):164-184.
3. Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal, and coping. New York: Springer; 1984.
4. Gonçalves GKG, Santos KA, Ferreira MVR, Silva RM. Cons Estresse, qualidade do sono e qualidade de vida em acadêmicos da área de saúde. REVISA. 2022; 11(2): 232-43. Doi: <https://doi.org/10.36239/revisa.v11n2.p232a243>.
5. Costa DAV, Koglen M, Hartwig SV, Ferreira GE, Guimarães MKOR, Ribeiro MRR. Atenção plena disposicional, regulação emocional e estresse percebido em estudantes de enfermagem. Revista da Escola de Enfermagem da USP, 2022. v 56. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-220x-reeusp-2022-0086en> .

6. Moraes Filho IM, Gomes JCBM, Rodrigues MSC, Melchior LMR, Santos OP, Silva RM, et al. Resiliência em estudantes de nível técnico de enfermagem e radiologia. *J Health NPEPS*, 2020. (1):351-368. doi: <https://doi.org/10.30681/25261010>.
7. Moraes Filho IM, Nascimento FA, Bastos GP, Barros Júnior FES, Silva RM, Santos ALM, Abreu CRC, Valóta IAC. Fatores sociodemográficos e acadêmicos relacionados à resiliência dos graduandos da área da saúde. *REVISA*.2020;9(2): 291-303. Doi: <https://doi.org/10.36239/revisa.v9.n2.p291a303>
8. Ruas CAS, Nascimento FPB, Magalhães IAL, Soares RJO. Resiliência dos estudantes de enfermagem de uma universidade na Baixada Fluminense/RJ. *Braz. J. Hea. Rev.*, Curitiba, v. 2, n. 4, p. 2409-2417, jul./aug. 2019
9. Costa ALS, Polak C. Construção e validação de instrumento para avaliação de estresse em estudantes de enfermagem (AEEE). *Rev. Esc. Enferm. USP*. 2009; 43(N.esp.):1017-26.
10. Wagnild GM, Young HM. Development and psychometric evaluation of resilience scale. *J Nurs Meas*. 1993; 1:165-78.
11. Pesce RP, Assis SG, Avanci JQ, Santos NC, Malaquias JV, Carvalhaes R. Adaptação transcultural, confiabilidade e validade da escala de resiliência. *Cad Saúde Pública*. 2005; 21(2):436-48.
12. Godoy KAB, Joly MCRA, Piovezan NM, Dias AS, Silva DV. Avaliação da resiliência em escolares do ensino médio. *Mudanças*. 2010; 18 (1-2) 79-90.13. Moreira JS, Leal LFM, Medeiros LMB, Moraes MCP. Graduandos de sete cursos de saúde: entre transtornos mentais comuns e rendimento acadêmico. *Rev. Espaço para a Saúde*. 2020 dez; 21(2):42-55. Doi <http://dx.doi.org/10.22421/15177130-2020v21n2p42>
14. Silva NG, Arruda GO, Tarefa SS, Pereira EHAI, Prado FMO, Lara HCAA. Modelos preditivos para o uso problemático de álcool entre universitários da saúde. *Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed Port.)*, v 17 no 4. Out/dez 2021.
15. Beneton ER, Schmitt M, Andretta I. Sintomas de depressão, ansiedade e estresse e uso de drogas em universitários da área da saúde. 2021 jun. *Rev. SPAGESP* v 22 no 1.
16. Silva RM, Costa ALS, Mussi FC, Lopes VC, Batista KM, Santos OP. Health alterations in nursing students after a year from admission to the undergraduate course. *Rev Esc Enferm USP*. 2019;53:e03450. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2018008103450>

Autor de correspondência

Thábata de Castro Rodrigues Vieira
Centro Universitário Planalto do Distrito Federal
Av. Pau Brasil- Lote 2. CEP: 71916-000- Águas
Claras. Brasília- Distrito Federal, Brasil.
thabscastroboo@gmail.com

Educação em saúde à pessoa com deficiência visual – experiência de acadêmicos apoiada nas classificações de enfermagem

Health education for the visually impaired – academic experience supported by nursing classifications

Educación en salud para deficientes visuales – experiencia académica sustentada en clasificaciones de enfermeira

Ligia Lucia Weber dos Santos¹, Iel Marciano de Moraes Filho², Ricardo Costa da Silva³, Raiara Caetano⁴, Taynara Maria Estevam da Silva⁵, Francidalma Soares Sousa Carvalho Filha⁶

Como citar: Santos LLW, Moraes Filho IM, Silva RC, Caetano R, Silva TME, Carvalho Filha FSS. Educação em saúde à pessoa com deficiência visual – experiência de acadêmicos apoiada nas classificações de enfermagem. 2022; 11(3): 417-34. Doi: <https://doi.org/10.36239/revisa.v11.n3.p417a434>

REVISA

1. Universidade Paulista. Brasília, Distrito Federal, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0002-4184-4205>

2. Universidade Paulista. Brasília, Distrito Federal, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0002-0798-3949>

3. Universidade Federal de Goiás, Goiânia, Goiás, Brasil
<https://orcid.org/0000-0002-1355-5262>

4. Universidade Paulista. Brasília, Distrito Federal, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0002-0297-9895>

5. Universidade Paulista. Brasília, Distrito Federal, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0001-7340-3757>

6. Universidade Estadual do Maranhão. Balsas, Maranhão, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0001-5197-4671>

Recebido: 22/04/2022
Aprovado: 13/06/2022

RESUMO

Objetivo: apresentar relato de experiência do uso da intervenção de enfermagem na Educação em Saúde à pessoa com deficiência visual que apresenta autogestão ineficaz da saúde. **Método:** estudo descritivo-reflexivo, a partir do relato de experiência desenvolvido em ambulatório especializado no atendimento a doenças crônicas de uma cidade na região central do Brasil. Os dados foram obtidos por meio da Consulta de Enfermagem, conduzida pelos alunos de enfermagem e submetidas à análise pelo método de raciocínio clínico diagnóstico Outcome-Present State Test, integrando Diagnóstico, Resultado e Intervenções de Enfermagem baseados no Processo de Enfermagem e no uso das Taxonomias (NANDA, NIC, NOC) a um homem, de 56 anos, com deficiência visual por etiologia traumática, portador de Hipertensão Arterial (HA) e com níveis de glicose no sangue aumentados. **Resultados:** o relato dividiu-se em três vertentes para melhor compreensão: o cenário, a experiência, o detalhamento do caso e a intervenção. **Conclusão:** foi possível compreender os aspectos legais acerca dos direitos da pessoa com deficiência visual, no que tange a disponibilização de materiais em formatos adequados para o entendimento integral do conteúdo, e fomentar o raciocínio clínico de estudantes de enfermagem para intervenções custo-efetivas, através de tecnologias leves, que podem ser aplicadas em contextos similares.

Descritores: Pessoas com Deficiência; Letramento em Saúde; Cegueira; Diagnósticos de Enfermagem.

ABSTRACT

Objective: to present an experience report on the use of nursing intervention in Health Education for visually impaired people who present ineffective health self-management. **Method:** a descriptive-reflective study, based on the experience report developed in an outpatient clinic specialized in the care of chronic diseases in a city in the central region of Brazil. Data were obtained through the Nursing Consultation, conducted by nursing students and submitted to analysis using the Outcome-Present State Test diagnostic clinical reasoning method, integrating Nursing Diagnosis, Outcome and Interventions based on the Nursing Process and the use of Taxonomies (NANDA, NIC, NOC) to a 56-year-old man with visual impairment due to traumatic etiology, with Arterial Hypertension (AH) and increased blood glucose levels. **Results:** the report was divided into three aspects for better understanding: the scenario, the experience, the details of the case and the intervention. **Conclusion:** it was possible to understand the legal aspects about the rights of the visually impaired person, regarding the availability of materials in suitable formats for the full understanding of the content, and to foster the clinical reasoning of nursing students for cost-effective interventions, through of lightweight technologies, which can be applied in similar contexts.

Descriptors: Disabled Persons; Health Literacy; Blindness; Nursing Diagnosis.

RESUMEN

Objetivo: presentar un relato de experiencia sobre el uso de la intervención de enfermería en Educación en Salud para personas con discapacidad visual que presentan autogestión de salud ineficaz. **Método:** estudio descriptivo-reflexivo, basado en el relato de experiencia desarrollado en un ambulatorio especializado en la atención de enfermedades crónicas en una ciudad de la región central de Brasil. Los datos fueron obtenidos a través de la Consulta de Enfermería, realizada por estudiantes de enfermería y sometidos a análisis utilizando el método de razonamiento clínico diagnóstico Outcome-Present State Test, integrando Diagnósticos, Resultados e Intervenciones de Enfermería con base en el Proceso de Enfermería y el uso de Taxonomías (NANDA, NIC, NOC) a un varón de 56 años con discapacidad visual de etiología traumática, con Hipertensión Arterial (HA) y niveles elevados de glucosa en sangre. **Resultados:** el informe se dividió en tres aspectos para una mejor comprensión: el escenario, la experiencia, los detalles del caso y la intervención. **Conclusión:** fue posible comprender los aspectos legales sobre los derechos de la persona con discapacidad visual, en cuanto a la disponibilidad de materiales en formatos adecuados para la comprensión integral del contenido, y fomentar el razonamiento clínico de los estudiantes de enfermería para intervenciones costo-efectivas, a través de tecnologías ligeras, que se pueden aplicar en contextos similares.

Descriptorios: Personas con Discapacidad; Alfabetización en Salud; Ceguera; Diagnóstico de Enfermería.

Introdução

A Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT)¹ define acessibilidade, por meio da Norma Brasileira (NBR) 9050, como a possibilidade e condição de alcance, percepção e entendimento para a utilização, com segurança e autonomia, de edificações, espaços, mobiliários, equipamentos urbanos e elementos. Além disso, esta norma define o termo acessível como espaço, edificação, mobiliário, equipamento urbano ou elemento que possa ser alcançado, acionado, utilizado e vivenciado por qualquer pessoa, inclusive aquelas com mobilidade reduzida. Logo, o termo acessível implica tanto acessibilidade física como de comunicação. Dessas definições, quatro elementos principais podem ser abstraídos relacionados às condições de: 1) edificações; 2) transporte; 3) equipamentos e mobiliários; e 4) sistemas de comunicações.²

Assim, neste espectro, a comunicação se apresenta como um processo de interação social através de símbolos e sistemas de mensagens, atividade inerente à natureza humana que implica a interação e a posição comum de mensagens com significados para influir, de alguma maneira, no comportamento de outros e na organização e desenvolvimento dos sistemas sociais. Considera-se, pois, a comunicação como um processo humano de interação de linguagens, é um fato sociocultural.³ Não obstante, uma comunicação efetiva é um fator relevante no apoio a pessoas que vivem com algum tipo de deficiência.

Ademais, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), existem cerca de 45,6 milhões de brasileiros com algum tipo de deficiência, representando quase $\frac{1}{4}$ da população do Brasil. Dentre estes, 23,9% apresentam deficiência visual, representando a maior prevalência na população, com aproximadamente 35,7 milhões de pessoas.⁴

A propósito, a Constituição Federal Brasileira explicita, em seu artigo nº 196, que a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.⁵

Logo, a intransitabilidade, acentuada nos cegos, ocasiona dificuldades relacionadas à exposição de suas necessidades em decorrência da falta de acessibilidade, mobilidade e comunicação. De modo geral, a maior parte deles vive em lares e cidades sem condições para acolhê-los. Essas pessoas sofrem as consequências da indiferença das entidades governamentais e da sociedade. Tais entidades não se esforçam para apoiá-las ou para eliminar as barreiras físicas e de atitudes que impedem sua integração.⁶

Outrossim, é fundamental que os profissionais de saúde reconheçam a pluralidade e contribuam para o avanço na igualdade, bem como a equidade no acesso à informação e desenvolvam atividades de educação em saúde que contemplem a todas as pessoas. Neste contexto, a deficiência da pessoa visual, por exemplo, não pode ser um obstáculo para o acolhimento e o acesso integral à saúde⁷, cabendo aos trabalhadores desenvolverem habilidades e métodos para realizar o atendimento de acordo com as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS): universalidade, integralidade e equidade, buscando compreender a pessoa assistida de forma holística e atentando para as suas necessidades individuais e não apenas preocupando-se em prestar um serviço.⁸

Para tanto, os processos de aprendizado e ensino devem ser adequados e dinâmicos, muitas vezes exigindo métodos inovadores. As tecnologias educacionais são ferramentas úteis e importantes a serem utilizadas no ensino que cerceiam o trabalho de profissionais de diversas áreas, como os enfermeiros.

Dessa forma, a construção de tecnologias educacionais, para um aprendizado dinâmico e ativo, é de fundamental importância para responder às atuais demandas da enfermagem. Por isso, os enfermeiros podem criar e aplicar tecnologias em sua prática profissional, pois estas são uma forma de comunicação efetiva, que trazem engajamento e adesão.⁹

Não obstante, na área de atenção à saúde, é primordial partir do princípio de que pacientes são leigos no assunto, sendo assim, a comunicação deve ser feita de forma simples, precisa e objetiva, considerando as condições de vida, escolaridade e o seu letramento em saúde. O *United States Department of Health and Human Services* (Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos Estados Unidos, em tradução livre) define o letramento em saúde como o grau de habilidade que cada indivíduo tem para encontrar, compreender e utilizar informações e serviços para tomada de decisão e desenvolvimento de ações para a própria saúde e de outros.¹⁰⁻¹¹

Nessa perspectiva, quando o letramento em saúde é insuficiente, as taxas de hospitalização e efeitos adversos de terapias e medicamentos aumentam, assim como a prevalência de doenças crônicas e a menor adesão ao tratamento indicado. Dessarte, a promoção à saúde e prevenção de agravos estão diretamente relacionados ao letramento em saúde, isto é, à capacidade de adquirir e fazer uso das informações em favor de si e de seu bem-estar.¹²

Desta forma, o objetivo deste artigo foi apresentar um relato de experiência do uso da intervenção de enfermagem Educação em Saúde à pessoa com deficiência visual que apresenta autogestão ineficaz da saúde.

Método

Estudo descritivo-reflexivo, a partir do relato de experiência, desenvolvido em um ambulatório especializado no atendimento a doenças crônicas em uma cidade na região central do Brasil. A motivação se deu a partir da inserção da temática "Letramento em Saúde" nos encontros teórico-práticos da disciplina de Estágio Supervisionado I de alunos da graduação em Enfermagem, durante os meses de abril a junho de 2022, com o objetivo de refletir e consolidar as vivências do período formativo do alunato.

O sujeito do estudo é um homem, de 56 anos, com deficiência visual por etiologia traumática, portador de Hipertensão Arterial (HA) e com níveis de glicose no sangue aumentados, com evidências clínicas de enfermagem de Autogestão Ineficaz da Saúde devido, primariamente, ao Letramento em Saúde Inadequado. Os dados foram obtidos a partir da Consulta de Enfermagem conduzida pelos alunos de enfermagem e submetidas à análise pelo método de raciocínio clínico diagnóstico OPT (Outcome-Present State-Test)¹³, integrando Diagnóstico, Resultado e Intervenções de Enfermagem, baseado no Processo de Enfermagem (PE)¹⁴ e no uso das Taxonomias: Classificação dos Diagnósticos de Enfermagem da NANDA Internacional (NANDA-I)¹⁵, Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC)¹⁶ e Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC).¹⁷

O presente relato de experiência respeitou todas as determinações contidas nas resoluções N°466/2012 e N°510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, tendo sido aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), sob número do Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE): 07551112.7.2.7.0000.5554 e parecer n° 153.158.¹⁸⁻¹⁹

Resultados e Discussão

O relato foi organizado de forma descritiva e em momentos consecutivos para melhor compreensão do cenário, sendo estes: o cenário, a experiência, o detalhamento do caso, embasamento teórico e a intervenção.

O cenário

A Unidade Básica de Saúde (UBS) que fora cenário do atendimento desenvolve acompanhamento a pacientes que convivem com Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT), sendo a assistência multiprofissional desenvolvida por enfermeiros, médicos e técnicos de enfermagem, que compreendem a educação em saúde como uma das metas prioritárias para a assistência integral. Entretanto, quando se trata da assistência a pacientes com deficiências, como a visual, existe um aumento na complexidade e personalização para a implementação de medidas de orientação e ensino em saúde.

Dessa forma, diante da chegada de usuários com tais demandas, houve acréscimo nas dificuldades por parte dos profissionais de saúde em desenvolver as intervenções necessárias. Não obstante, cerca de 22,3% da população da região administrativa manifesta alguma dificuldade ou grande dificuldade para enxergar.²⁰

As pessoas assistidas pela UBS, localizada em uma região administrativa periférica de uma grande cidade na região central do Brasil, apresentam condições precárias de emprego e renda, autodeclaram-se como pretos ou pardos, em geral possuem baixa escolaridade e são, na maioria, mulheres, segundo dados da Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios.²⁰ Tais condições sociodemográficas podem reforçar limitações na autogestão de condições crônicas, tornando os residentes da área como potenciais populações em risco.¹⁵

Paralelamente, a não adesão ao regime de tratamento também pode ser observada como consequência da autogestão ineficaz da saúde. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS)²¹, a não adesão ao tratamento em longo prazo é em torno de 50% para a população geral. Os fatores relacionados a não adesão estão ligados às características individuais do paciente (esquecimento, crenças, conhecimentos e habilidades inadequadas na gestão dos sintomas e tratamento da doença), à doença em si (se assintomática ou não), aos medicamentos utilizados (polifarmácia, ocorrência de eventos adversos), à interação paciente-serviço de saúde, dentre outros.²²

Com relação ao último fator, as dificuldades de acolhimento, acessibilidade e de comunicação vivenciadas nos serviços de saúde entre pessoas com deficiência visual e profissionais, potencialmente podem se transformar em um distúrbio atitudinal, da maneira em que o paciente é visto e tratado, acarretando em falta de interesse e segurança em relação ao atendimento e, conseqüentemente, isolamento ou distanciamento das interações sociais.²³

A experiência

Enfermeiros ocupam papel de destaque no cuidado a pessoas com condições crônicas em diferentes níveis da atenção à saúde, e para tal, aplicam um método de trabalho específico da profissão que suporta os fundamentos teóricos e os saberes científicos da prática da enfermagem (PE). Nesse sentido, para suporte ético-legal da prática, a resolução nº358 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e a implementação do PE, a qual dita que o PE deve ser realizado, de modo deliberado e sistemático, em todos os ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem.²⁴

O PE possibilita a tomada de decisão com base em dados clínicos orientados a partir de referências teóricas da enfermagem, estruturando o método de pensar e fazer da profissão, além de permitir a implementação de intervenções de enfermagem custo-efetivas, a avaliação de resultados sensíveis às intervenções de enfermagem e a ocorrência de desfechos positivos a partir da resolução de respostas humanas indesejáveis²⁴. Nesse sentido, o PE estrutura-se em cinco etapas sequenciais, interrelacionadas e recorrentes:

1. Histórico de Enfermagem: tendo por finalidade a obtenção de informações sobre a pessoa, a família ou a coletividade humana e sobre suas respostas em um dado momento do processo de saúde e doença;
2. Diagnóstico de Enfermagem: definido como o processo de interpretação e agrupamento dos dados coletados na primeira etapa, que culmina com a tomada de decisão sobre os conceitos diagnósticos de enfermagem que constitui a base para a seleção das ações ou intervenções com as quais se objetiva alcançar os resultados esperados;
3. Planejamento de Enfermagem: momento em que ocorre a determinação dos resultados que se esperam alcançar e das ações ou intervenções de enfermagem que serão realizadas;
4. Implementação: momento em que ocorrem as ações ou intervenções determinadas na etapa anterior;
5. Avaliação de Enfermagem: momento em que ocorre a verificação de mudanças nas respostas para determinar se as ações ou intervenções de enfermagem alcançaram o resultado esperado, e de verificação da necessidade de mudanças ou adaptações.²⁴

Portanto, para efetiva resolução do caso clínico em questão, foram utilizados o suporte das classificações de enfermagem: NANDA Internacional (NANDA-I)¹⁵, NIC¹⁶ e NOC¹⁷.

Detalhamento do caso

O paciente D.S.A, 56 anos, sexo masculino, compareceu à UBS após sofrer desmaio em sua residência. Durante a coleta de dados, o paciente relatou fadiga, sudorese e tremores, além de cefaleia intensa, tontura, angina e algia na região cervical posterior. Relata ser portador de Hipertensão Arterial Sistêmica (HA) e ter a taxa de glicose aumentada (pré-diabético). Faz uso contínuo de losartana potássica com hidroclorotiazida 50 mg (1 comprimido pela manhã) e metformina

500 mg (1 comprimido à noite). Refere alimentação inadequada, com alto teor de carboidratos, sódio e lipídios, ingesta líquida adequada. Refere eliminações adequadas. Questionado, o paciente declara que tomou o fármaco na hora certa, pela manhã e à noite, mas que a embalagem estava fora da caixa, então não conseguiu ler o Braille com o nome, pois a faxineira mexeu em seus remédios (SIC).

Ao exame físico constatou-se que o paciente se apresentava consciente e orientado em tempo e espaço, com um leve quadro de confusão em relação ao regime terapêutico, comunicativo, e com a deambulação prejudicada, necessitando de auxílio por bengala. Mucosas hidratadas e coradas. Crânio e face sem anormalidades. Eupneico. Apresentava tórax plano, expansão torácica simétrica e preservada, pele com aparência pálida, fria e pegajosa ao toque, com sudorese. Som pulmonar claro, sem ruídos adventícios. Frequência Respiratória: 22 movimentos inspiratórios por minuto. Ausculta cardíaca apresentava bulhas rítmicas normofonéticas e Frequência Cardíaca de 105 batimentos por minuto. Membros superiores e inferiores sem evidências de lesão. Altura: 172 cm; peso: 86 kg; e Índice de Massa Corporal de 29.1 kg/m² - evidência de sobrepeso. Pressão Arterial de 155x110 mmHg. Glicemia capilar de 65 mg/dl. Temperatura axilar de 36,9°C.

A hipótese elencada no momento da consulta de enfermagem, baseada no relato do paciente e pelos dados obtidos, é que houve a ingesta dupla de metformina, sem a ingesta de losartana, causando sensação geral de mal-estar, com grande cansaço e dificuldade em respirar e elevação da pressão arterial. O Quadro 1 apresenta a indicação de uso dos medicamentos supracitados e o risco da superdosagem ao usuário no que tange ao regime terapêutico.

Quadro 1 - Indicação de uso e riscos relacionados à superdosagem (Brasil, 2022)

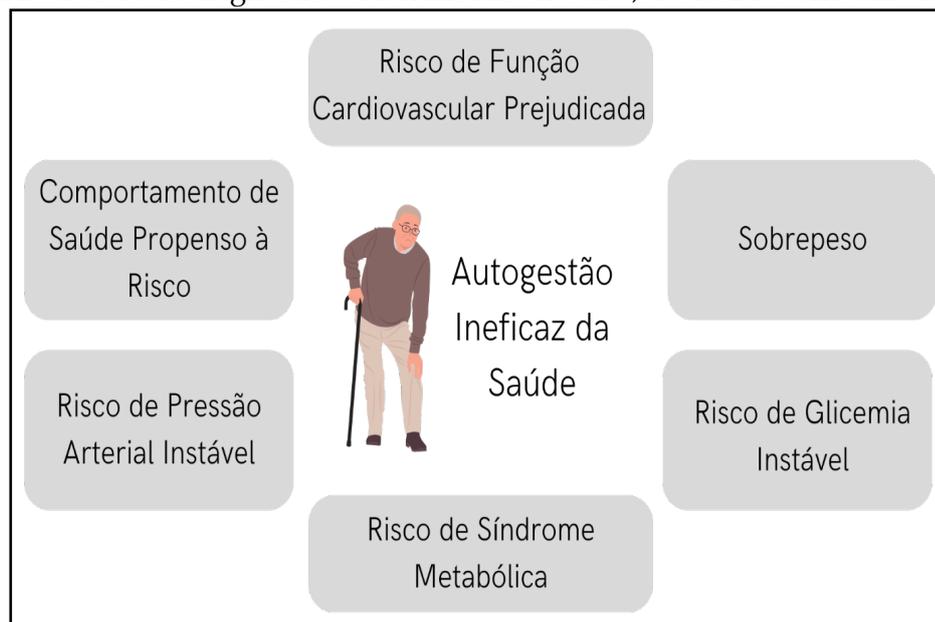
Nome do medicamento:	Losartana Potássica + Hidroclorotiazida
Indicação de uso:	<p>Em pacientes com pressão alta e espessamento das paredes do ventrículo esquerdo (hipertrofia do ventrículo esquerdo), a losartana, frequentemente em combinação com a hidroclorotiazida, reduz o risco de derrame (acidente vascular cerebral) e de ataque cardíaco (infarto do miocárdio) e ajuda os pacientes a viverem mais.</p> <p>A dose inicial recomendada é 500 mg, uma vez ao dia no café da manhã. Esta dose pode ser gradualmente aumentada, a critério médico, visando a manutenção dos níveis plasmáticos de glicose e/ou da HbA1C dentro do intervalo de normalidade. Recomenda-se controle regular da glicemia e também dos fatores de risco, para avaliar se o tratamento permanece sendo necessário.</p>
Superdosagem:	<p>A superdosagem de Losartana Potássica + Hidroclorotiazida pode levar à hipotensão, cujos sintomas são: baixo nível de energia, diminuição da força, fraqueza, tontura, desmaio, suor frio, sede excessiva, taquicardia, visão embaçada, pele fria, respiração ofegante e confusão mental.</p> <p>Taquicardia: falta de ar, tontura, fraqueza repentina, vibração no peito, atordoamento e desmaios.</p>

Nome do medicamento:	Cloridrato de Metformina
Indicação de uso:	<p>Como agente antidiabético, associado ao regime alimentar, para o tratamento de:</p> <p><i>Diabetes mellitus</i> tipo 2, não dependente de insulina (diabetes da maturidade, diabetes do obeso, diabetes em adultos de peso normal), isoladamente ou complementando a ação de outros antidiabéticos (como as sulfonilureias);</p> <p><i>Diabetes mellitus</i> tipo 1, dependente de insulina, como complemento da insulinoterapia em casos de diabetes instável ou insulino-resistente;</p> <p>Prevenção de <i>Diabetes mellitus</i> tipo 2 em pacientes com sobrepeso (IMC \geq 24 kg/m²; 22 kg/m² entre asiáticos) com pré-diabetes (IGT e/ou IFG e/ou HbA1c aumentada) e pelo menos um fator de risco adicional (tais como hipertensão arterial, idade acima de 40 anos, dislipidemia, histórico familiar de diabetes ou histórico de diabetes gestacional) para desenvolvimento de <i>Diabetes mellitus</i> tipo 2 evidente e nos quais a modificação intensiva no estilo de vida (dieta rigorosa e exercícios físicos regulares) isoladamente não proporcionou controle glicêmico adequado.</p>
Superdosagem:	<p>A superdosagem de cloridrato de metformina pode levar à acidose lática e conseqüentemente ao coma. Os sintomas são: vômitos, dor abdominal, câibras musculares, sensação geral de mal-estar, com grande cansaço e dificuldade em respirar.</p> <p>O cloridrato de metformina isoladamente não provoca hipoglicemia, entretanto, se tomar cloridrato de metformina juntamente com outros medicamentos para o tratamento da diabetes que possam causar hipoglicemia (tais como sulfonilureias, insulina, meglitinidas), existe risco de desenvolvimento de hipoglicemia. Sintomas: fraqueza, tonturas, sudorese, taquicardia, perturbações da visão ou dificuldades de concentração.</p>

Fonte: (EMS S/A; 2013²⁵; EMS S/A; 2013²⁶).

Após a leitura cuidadosa das bulas dos medicamentos, constatou-se que a sensação geral de mal-estar com grande cansaço e dificuldade em respirar e elevação da pressão arterial foi ocasionada devido à superdosagem do medicamento Cloridrato de Metformina e a não ingestão da Losartana Potássica + Hidroclorotiazida. Logo foi operacionalizado um plano de cuidados individualizado. Considerando as informações colhidas durante a anamnese e exame físico, diferentes diagnósticos de enfermagem da NANDA-I¹⁵ poderiam ser elencados ao caso, conforme apresentado na Figura 1, seguindo o raciocínio clínico-diagnóstico proposto pelo modelo OPT¹³.

Figura 1 - Possíveis diagnósticos identificados no caso, de acordo com o modelo OPT.



Portanto, considerando o diagnóstico de enfermagem Autogestão Ineficaz da Saúde¹⁵ como o prioritário, uma vez que, ao resolvê-lo, todos os outros diagnósticos são resolvidos em sequência, estabeleceu-se o plano de cuidados em conjunto com as classificações de enfermagem NIC¹⁶ e NOC¹⁷. Assim, o principal objetivo foi resolver o fator relacionado que predispõe em maior grau a ocorrência desse diagnóstico, sendo este o Letramento em Saúde Inadequado. Os detalhes do plano estão presentes no Quadro 2.

Quadro 2- Diagnóstico NANDA, NOC e NIC

Diagnóstico de Enfermagem - NANDA						
AUTOGESTÃO INEFICAZ DA SAÚDE Definição: “Manejo insatisfatório de sintomas, regime de tratamento, consequências físicas, psicossociais e espirituais e mudanças no estilo de vida inerentes a viver com uma condição crônica.” ¹⁵						
Resultados Esperados - NOC						
Comportamento de Alfabetização em Saúde						
Indicadores	1	2	3	4	5	Meta
Identifica necessidades pessoais de saúde		X				4 em 30 dias
Verbaliza entender informações verbais relevantes à saúde			X			5 em 14 dias
Verbaliza entender informações sobre medicamentos			X			5 em 14 dias
Verbaliza entender informações sobre o tratamento			X			5 em 14 dias
Reconhece as responsabilidades do paciente		X				5 em 7 dias
Compartilha dúvidas		X				4 em 7 dias
Compartilha preocupações		X				4 em 7 dias
Utiliza sistema de apoio pessoal					X	Manter

Intervenção de Enfermagem - NIC

EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Atividades:

- Identificar fatores internos ou externos que possam melhorar ou reduzir a motivação para o comportamento saudável.
- Determinar o conhecimento atual sobre saúde e comportamento saudável do indivíduo, família ou grupos-alvos.
- Identificar características da população-alvo que afetem a seleção de estratégias educacionais.
- Identificar recursos (ex.: pessoal, espacial, equipamento, financeiro etc.) necessários para conduzir o programa.
- Enfatizar os benefícios positivos imediatos ou em curto prazo na saúde para serem recebidos por um comportamento de vida positivo, em vez dos benefícios em longo prazo ou efeitos negativos de não aceitação.
- Desenvolver material educacional escrito em um nível apropriado de leitura ao público-alvo.
- Envolver pessoas, famílias e grupos no planejamento e implementação no plano de vida ou modificação do comportamento de saúde.
- Usar estratégias variadas e pontos de intervenção no programa educacional
- Desenvolver e implementar estratégias para mensurar os resultados dos pacientes a intervalos regulares durante e após a realização do programa.

Fonte: (Diagnóstico NANDA¹⁵, NIC¹⁶ e NOC¹⁷).

Embasamento Teórico

No Brasil, o Código de Defesa do Consumidor (CDC) (Lei nº 8.078/90) exige informações claras e adequadas em língua portuguesa sobre os diferentes produtos e serviços, com descrição das características, composição, qualidade, preço e riscos que apresentem²⁷. Entretanto, conforme estudo prévio realizado, constatou-se que uma considerável parcela de pessoas com deficiência visual só recebe informações de forma oral ou com familiares e conhecidos²⁸.

Concluiu-se que quando realizada a transcrição para o Braille, diretamente de uma bula impressa, mantendo toda a estruturação de títulos, linhas e advertências, estas acabam se mostrando como um grande empecilho para os pacientes com deficiência visual, uma vez que podem sofrer confusão na diferenciação de informações por se tratar de um texto corrido e com poucos recursos para distinguir as sessões da bula²⁸.

Neste sentido, o Decreto nº 5.296 de 02 de dezembro de 2004 explicita, no artigo 58 § 1º, que "A partir de seis meses da edição deste Decreto, a indústria de medicamentos deve disponibilizar, mediante solicitação, exemplares das bulas dos medicamentos em meio magnético, Braille ou em fonte ampliada".²⁹

Ademais, é importante destacar que, segundo as normas da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), embalagens de medicamentos devem citar, utilizando o sistema Braille: o nome do medicamento comercial ou a sua denominação genérica, citando cada princípio ativo presente. Prevê também a bula em formato diferenciado, que seria fornecida à pessoa com deficiência visual, em configuração apropriada, para atender as suas necessidades. Pode ser disponibilizada em áudio ou em texto com arquivo passível de conversão para áudio, impressas em Braille ou com fonte ampliada³⁰.

Diariamente, a pessoa com deficiência visual encontra barreiras, como a impossibilidade de encontrar o medicamento, de diferenciar as embalagens, além de acompanhar os horários para administração da medicação, influenciando no esquecimento de uma ou mais doses, além da dificuldade em manter a dose correta, principalmente tratando-se de fármacos em apresentação líquida³¹.

Não obstante, fármacos, sejam de venda livre ou restrita, podem ser ameaças, quanto a riscos de intoxicações, de reações adversas graves ou se utilizados de maneira equivocada. A dose do medicamento, o intervalo entre a mesma e a duração do tratamento devem ser observados criteriosamente, por isso administrar uma medicação errada ou da forma incorreta, devido a algum tipo de barreira que venha a ser imposta às pessoas com deficiência, por não saberem exatamente aquilo que estão comprando ou usando, pode representar um risco ainda mais elevado³².

Portanto, estas embalagens podem ser transformadas em recursos didático-pedagógicos acessíveis, favorecendo a acessibilidade pedagógica, digital e comunicacional, o que, por sua vez, aumenta a compreensão dos conceitos ao fazer com que a percepção tátil auxilie o processo de aprendizagem na ausência de visão³³.

Assim, pessoas com deficiência visual estão sujeitas a um conjunto de fatores que acrescentam complexidade ao acesso a recursos da comunidade, a serviços de saúde e até à própria condição, potencializando a utilização dos serviços de saúde. Dessa maneira, a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência determina estratégias e métodos para acolher de forma qualificada as pessoas com deficiência visual, adequando o espaço físico, o desenvolvimento e a capacitação de profissionais de saúde para praticar desde a atenção básica na Estratégia Saúde da Família até o nível terciário de atendimento³⁴.

Além disso, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) estabelece que a Atenção Primária à Saúde (APS) tem por definição perfazer um conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas, que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e Vigilância em Saúde. As ações são desenvolvidas utilizando-se de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, envolvendo uma equipe multiprofissional e dirigida a um território definido e a sua população, assumindo assim a responsabilidade sanitária³⁵.

As principais estruturas físicas da APS são as Unidades Básicas de Saúde/Centros de Saúde, as quais devem estar sempre situadas contíguas à comunidade, ocupando papel central na garantia de acesso a uma saúde de qualidade. Quando engendradas corretamente, estes estabelecimentos de saúde contribuem para o desenvolvimento de processos de cuidado seguro e influenciam em seus resultados, trazendo melhoria da qualidade da prestação de serviço³⁵.

Ademais, a PNAB, em sua portaria de criação, de N^o 2.436, de 21 de setembro de 2017, assegura que, de acordo com as normas vigentes, há de se garantir infraestrutura adequada e em boas condições para o funcionamento das UBS, que devem ter espaço, mobiliário e equipamentos, além de acessibilidade para pessoas com deficiência. Para tanto, existem componentes que atuam como modificadores e qualificadores que devem abranger todos os espaços, e estes devem estar adaptados para as pessoas com deficiência, respeitando as normativas vigentes³⁵.

Todavia, a falta de elaboração, capacitação e estímulo por parte dos dirigentes, no intuito de prontificar os profissionais de saúde para acolher e prestar atendimentos adequadamente a essa população, pode causar falhas no que se refere ao desenvolvimento e às habilidades de comunicação com as pessoas com deficiência visual. Desse modo, a assistência dos serviços de saúde a esses pacientes tende a se desenvolver de forma fragmentada e pouco resolutiva, opondo-se, dessa forma, aos princípios e diretrizes estabelecidas pelo SUS³⁶.

Neste sentido, é de fundamental importância utilizar o aporte da educação permanente em saúde para implementar reflexões no que tange às *práxis* diuturnas vivenciadas no aporte aos usuários. De tal forma, é de fundamental importância o desenvolvimento do letramento em saúde (LS) como ferramenta a enfatizar o uso destas informações, devendo ser operacionalizado para a tomada de decisões benéficas, eficientes e resolutivas, objetivando mitigar decisões consideradas apropriadas, mas que não se adequam ao paciente¹².

Ainda, o LS é considerado um fator condicionante para o autocuidado, assim como para a efetividade da terapêutica aplicada, visto que, quando ocorre de forma indevida, transforma-se em um problema público de saúde, pois impacta negativamente no desfecho clínico dos pacientes e indivíduos de forma geral. Logo, faz-se necessário segmentar aqueles que necessitam de maior apoio institucional, promovendo um cuidado igualitário e evitando o uso inadequado de recursos e serviços, taxas altas de hospitalização, aumento na prevalência de doenças crônicas e menor adesão aos tratamentos¹².

Nessa perspectiva, o LS adequado pode trazer mudanças positivas em todas as etapas do tratamento, pois melhora o prognóstico, evitando o uso de atendimentos de maior complexidade. Existem classificações acerca do LS que representam as habilidades do indivíduo de compreender as questões de saúde e exercer maior controle sobre elas, como: Funcional (capacidade de ler panfletos relacionados à saúde ou ler o rótulo de um medicamento); Interativo (ler e interpretar informações da internet sobre saúde e discutir com o profissional da saúde enquanto negociam um tratamento); Crítica (efetivo autocontrole, pede ajuda quando necessário e toma decisões informadas)³⁷.

Esses conceitos evidenciam que o importante não é apenas saber se o indivíduo domina a leitura e a escrita, mas o que ele é capaz de fazer com essas habilidades, especificamente no âmbito da saúde, em especial no gerenciamento de DCNT'S (cada vez mais prevalentes como causa de morbimortalidade no Brasil). Observa-se, pois, que mesmo pessoas com bom nível instrucional podem apresentar dificuldades em compreender orientações sobre os cuidados com a saúde. As limitações quanto ao LS dificultam a promoção e a educação em saúde e devem ser foco da atenção de profissionais da área e gestores³⁷.

Portanto, foram elencadas as principais dificuldades, as quais se referem ao autocuidado, principalmente no que tange à identificação dos medicamentos que compõem o tratamento diário, de forma que os profissionais de enfermagem possam contribuir para reduzir agravos relacionados ao mau uso da medicação e ao aumento na adesão ao tratamento proposto pela equipe médica e de enfermagem, na situação em questão, o paciente com deficiência visual.

Com base nas informações do caso, foi desenvolvida uma proposta para auxiliar na identificação dos medicamentos em uso pelo paciente, bem como para aqueles que o auxiliam no dia a dia, além do funcionário da farmácia, onde os

medicamentos são dispensados. Um protótipo foi desenvolvido, considerando as dificuldades apresentadas em relação ao seu tratamento.

Intervenção

Utilizando-se dos conceitos descritos anteriormente, realizou-se o planejamento do protótipo de armazenamento dos medicamentos, que contou com a imagem, em tamanho ampliado, da caixa de medicamento e com o recurso tátil do sol e da lua, representando, respectivamente, manhã e noite, além do Braille, indicando o nome do medicamento e o horário em que deve ser consumido.

Posterior à estruturação dos dados, foi possível prosseguir com a confecção do protótipo, utilizando como base o Acetato de Vinila (EVA) de cor preta e um molde em formato de bolsa, que foi grampeado, fechando as laterais e parte inferior, criando dois bolsões, um frontal e um posterior. As imagens da lua e do sol foram recortadas, respectivamente em EVA azul e em EVA amarelo, e coladas na parte superior direita de cada bolsão, assim como um comprimido de cada medicação, visto que ambas têm formatos diferenciados, auxiliando no reconhecimento dos fármacos.

As imagens das embalagens de medicamento foram impressas em tamanho ampliado e coladas, respeitando a indicação de uso manhã/noite. A figura resultante da tradução para o Braille foi preenchida por meias esferas, possibilitando adicionar o relevo necessário para a leitura em Braille. Após a confecção, os remédios foram recortados de seus blister e dispostos em cada bolsão respectivo à indicação do medicamento, conforme a figura 2.

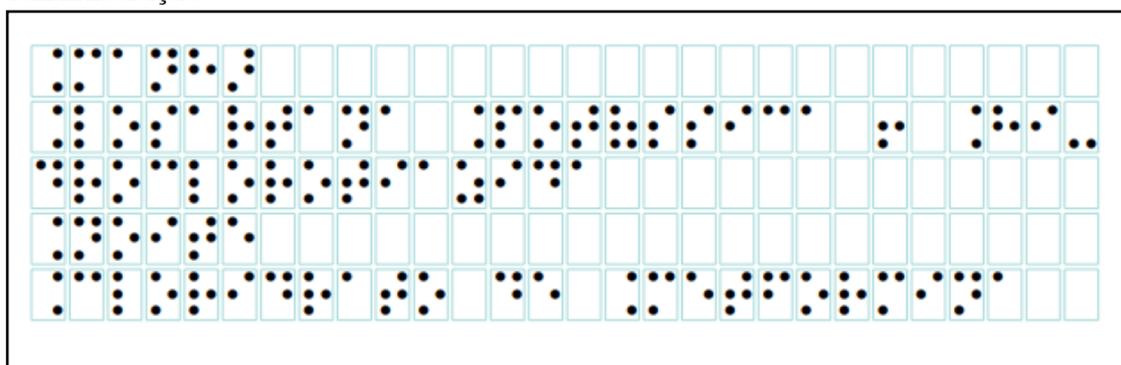
Figura 2 – Protótipo confeccionado pelos alunos.



Prontamente, o método Braille é um sistema de escrita utilizado para que pessoas cegas ou com baixa visão possam ler. O sistema surgiu no século XIX, na França, e foi criado por Louis Braille. Anteriormente, utilizava-se o método de alfabetização que consistia em imprimir letras em alto-relevo, distinguíveis por meio do tato. Braille criou um modelo que se baseava nas letras do alfabeto e nos números, permitindo um total de 63 combinações em relevo. Esse modelo chegou ao Brasil em 1854 e até hoje é utilizado no país, embora tenha passado por atualizações para adaptá-lo à língua portuguesa³⁸.

Neste rol, existem diversos sites, como o domínio aqui utilizado: “<https://www.atractor.pt/mat/matbr/matbraille.html>”³⁹, que permitem que seja feita a “tradução” para o Braille. Neste caso, optou-se por imprimir o material (figura 3) e colar meia pérola de Acrilonitrila Butadieno Estireno (ABS) de 3mm, transformando o papel impresso em recurso tátil. A imagem que segue tem em sua translação as palavras: Manhã - Losartana Potássica + Hidroclorotiazida; Noite - Cloridrato de Metformina.

Figura 3 - Tradução para Braille do nome dos fármacos e horário de administração



Fonte: [Atractor, 2022](#)

Com tais características, utilizando-se de pictograma, escrita em Braille, imagem com identidade visual e escrita em português, foi possível atingir todos os envolvidos no caso apresentado, assim, espera-se que não haja reincidência, diminuindo, conseqüentemente, o risco do uso indevido de medicação. Portanto, é imprescindível trabalhar de forma intersetorial para obtenção de um prognóstico positivo. À vista disso, devem-se compartilhar os achados com a equipe multiprofissional, de forma a traçar um atendimento integral, holístico, humanizado e efetivo aos pacientes, a seus familiares e ao grupo de apoio⁴⁰

Conclusão

A legislação nacional caminha a passos lentos para que as pessoas com deficiências, com destaque para a visual, sejam incluídas em completude na sociedade, estabelecendo leis, normas e regras que visam à integração total, sem limitações de acesso a bens e recursos. Neste contexto, a enfermagem tem papel de destaque para redução de inequidades e para advogar em prol de necessidades especiais, prestando assistência integral, ética, humanizada e resolutiva, a partir de fundamentos teóricos específicos da profissão. Enfermeiros atuam na promoção e proteção da saúde humana e na prevenção de agravos em

saúde, sendo o manejo das respostas humanas o caminho que solidifica a ciência da enfermagem.

A partir da intervenção de enfermagem aplicada ao caso, foi possível compreender os aspectos legais acerca dos direitos da pessoa com deficiência visual, no que tange à disponibilização de materiais em formatos adequados para o entendimento integral do conteúdo. Ainda, permitiu fomentar o raciocínio clínico de estudantes de enfermagem para intervenções custo-efetivas, por meio de tecnologias leves, que podem ser aplicadas em contextos similares.

Os profissionais de saúde têm participação fundamental no processo de inclusão e integração, contribuindo para a manutenção da saúde, da melhoria da qualidade de vida e da independência de pessoas com deficiências visuais. Como perspectivas futuras, salienta-se a necessidade de estratégias de educação continuada para fomentar o acolhimento, de conhecimento técnico para o desenvolvimento de estratégias e de humanização para estender o cuidado para além das linhas habituais, promovendo inovação no cuidado direto.

O estudo se limitou quanto à aplicação a apenas um usuário, a baixa representatividade e possibilidade de generalização, pouca capacidade de avaliar o "peso causal" das variáveis, alto nível de indeterminação e uma frequente falta de independência entre os casos estudados (*idem*), merecendo o cuidado necessário quando buscar generalizações. Entretanto, é de grande utilidade para futuras pesquisas exploratórias e comparadas.

Agradecimento

Essa pesquisa não recebeu financiamento para sua realização.

Referências

1. Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT). NBR 9050:2020: Acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos. Rio de Janeiro: 2020. Disponível em: < https://www.caurn.gov.br/wp-content/uploads/2020/08/ABNT-NBR-9050-15-Acessibilidade-emenda-1_-03-08-2020.pdf >. Acesso em 29 out. 2022.
2. Manzini EJ. Inclusão e acessibilidade. Revista da Sobama. 2005; 10(1):31-36. Disponível em: < <http://fio.edu.br/site2013/images/NAU/001d-%20manzini%202005%20acessibilidade.pdf> >. Acesso em 29 out. 2022.
3. Comunicação [home page na Internet]. Conceito. Disponível em: < <https://conceitos.com/comunicacao> >. Acesso em 29 set. 2022
4. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE. [Online]. Rio de Janeiro; 2010. Disponível em: < https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/93/cd_2010_caracteristicas_populacao_domicilios.pdf >. Acesso em 05 ago. 2022.
5. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado; 1988.

6. Oliveira MG, Pagliuca LMF. Análise comparativa da acessibilidade para cegos: contextos culturais. Benjamin Constant. 2014; 57(1):92-103. Disponível em: < <http://revista.ibc.gov.br/index.php/BC/article/view/348> >. Acesso em: 29 out. 2022.
7. Zanchetta MS *et al.* Incorporação do letramento em saúde comunitária ao Sistema Único de Saúde: possibilidades, controvérsias e desafios. J. nurs. health. 2020; 10(3):e20103010. Disponível em: < <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/19285> >. Acesso em 05 ago. 2022.
8. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União. 19 set. 1990. Disponível em: < <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1990/lei-8080-19-setembro-1990-365093-publicacaooriginal-1-pl.html> >. Acesso em 05 ago. 2022.
9. Pontes L, Reichembach MT, Bottega BM, Machado MC, Pereira JFG, Moreira FN. A Inspeção na Avaliação Clínica Diária do Enfermeiro: Produção de uma Tecnologia Educacional. Enferm. Foco. 2019; 10(7):57-62. Disponível em: < <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/2437/728> >. Acesso em 06 ago. 2022.
10. Maragno CA, Mengue SS, Moraes CG, Rebelo MV, Guimarães AM, Pizzol TS. Teste de letramento em saúde em português para adultos. Rev. bras. Epidemiol. 2019; 22:e190025. Disponível em: < <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/kzZkT67nn6S7rfSxW8nRSLp/?lang=pt> >. Acesso em 06 ago. 2022.
11. CDC. Health Literacy: Accurate, Accessible and Actionable Health Information for All. Centers for Disease Control and Prevention. 2019. Disponível em: < <https://www.cdc.gov/healthliteracy/index.html> >. Acesso em 15 abr. 2022.
12. Ribas KH, Araújo AH. A importância do Letramento em Saúde na Atenção Primária: revisão integrativa da literatura. RSD. 2021; 10(16):e493101624063. Disponível em: < <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/24063> >. Acesso em 05 ago. 2022.
13. Pesut D, Herman J. Clinical reasoning: the art and Science of critical and creative thinking. New York: Delmar Publishers;1999.
14. Moraes Filho IM, Sousa TV, Carvalho Filha FSS, Arantes AA, Fonseca PP, Silva MVRS. Eletroconvulsoterapia, implicações éticas, legais e a sistematização da assistência de enfermagem. Glob Acad Nurs. 2022;3(3):e269.
15. Herdman TH, Kamitsuru S, Lopes CT. Diagnósticos de Enfermagem Da NANDA-I: Definições e Classificação 2021-2023. 12 Ed. Artmed; 2021.

16. BulechekGM, Butcher HK, Docheterman JM, Wagner CW. Classificação Das Intervenções De Enfermagem (NIC). 6. Ed. Rio de Janeiro: Mosby Elsevier;2016, p. 640.
17. Moorhead S, Johnson M, Maas M, Swanson E. Classificação dos resultados de enfermagem (NOC). 4. Ed. Rio de Janeiro: Mosby Elsevier; 2010, 936 p.39.
18. Conselho Nacional de Saúde (Brasil). Resolução n° 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos e revoga as Resoluções CNS nos. 196/96, 303/2000 e 404/2008. Diário Oficial da União. 12 dez. 2012. Disponível em: < <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf> >. Acesso em 08 ago. 2022.
19. Conselho Nacional de Saúde (Brasil). Resolução n° 510, de 07 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Diário Oficial da União. 07 abr. 2016. Disponível em: < <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf> >. Acesso em 08 ago. 2022.
20. Distrito Federal. Secretaria de Estado de Fazenda, Planejamento, Orçamento e Gestão do Distrito Federal, Companhia de Planejamento do Distrito Federal. Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios 2018. Brasília (DF): Companhia de Planejamento do Distrito Federal; 2019. Disponível em: < https://www.codeplan.df.gov.br/wp-content/uploads/2019/03/PDAD_DF-Grupo-de-Renda-compactado.pdf >. Acesso em 20 ago. 2022.
21. World Health Organization. Adherence to long-term therapies: evidence for action. Geneva: World Health Organization; 2003.
22. Tavares NUL *et al.* Factors Associated with low adherence to drug treatment for chronic diseases in Brazil. Rev Saude Publica. 2016;50(suppl 2):10s.
23. Oyama SM, Terceiro FA, Parazzi LC. Comunicação do enfermeiro docente na assistência a pessoas cegas e surdas. CuidArte. Enfermagem. 2017; 11(1):78-85. Disponível em: < <https://pesquisa.bvsalud.org/porta1/resource/pt/bde-31628> >. Acesso em 15 ago. 2022.
24. Conselho Federal de Enfermagem (Brasil). Resolução COFEN n° 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. Diário Oficial da União. 15 out. 2009. Disponível em: < http://www.cofen.gov.br/resolucofen-3582009_4384.html >. Acesso em 15 ago. 2022.
25. BULA Losartana Potássica + Hidroclorotiazida EMS S/A 2013.
26. BULA Cloridrato de Metformina EMS S/A 2013.

27. Brasil. Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990. Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências. Diário Oficial da União. 11 set. 1990. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18078compilado.htm >. Acesso em 03 ago. 2022.

28. Lopes MO, Spinillo CG. Estudo experimental de leitura de uma bula de medicamentos, transcrita para o Sistema Braille, por usuários portadores de cegueira. InfoDesign. 2010; 5(3):24-36. Disponível em: < <https://www.infodesign.org.br/infodesign/article/view/61> >. Acesso em 23 ago. 2022.

29. Brasil. Decreto nº 5.296 de 2 de dezembro de 2004. Regulamenta as Leis nos 10.048, de 8 de novembro de 2000, que dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica, e 10.098, de 19 de dezembro de 2000, que estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 2 dez. 2004 Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/decreto/d5296.htm >. Acesso em 18 ago. 2022.

30. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Brasil). Resolução-RDC nº 71, de 22 de dezembro de 2009. Estabelece regras para a rotulagem de medicamentos Diário Oficial da União. 22 dez. 2009. Disponível em: < https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2009/res0071_22_12_2009.html >. Acesso em 27 ago. 2022.

31. Weeraratne CL, Opatha ST, Rosa CT. Challenges faced by visually disabled people in use of medicines, self-adopted coping strategies and medicine-related mishaps. WHO South-East Asia J Public Health. 2012; 1(3):256-67. Disponível em: < <https://www.who-seajph.org/text.asp?2012/1/3/256/207022> >. Acesso em 01 set. 2022.

32. Shetty S, Sunita S, Shetty I. Empowering the visually impaired by customized Braille prescription and thus reducing medication errors. Indian J Ophthalmol. 2021; 69(6):1388-90. Disponível em: < <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34011706/> >. Acesso em 01 set. 2022.

33. Lima MG, Loures BA, Pereira CA. Pedagógica para inclusão do deficiente visual no ensino superior. In Conferencia en CIDU 2018 Porto Alegre (Brasil); 2018; Porto Alegre. p. 1-11. Disponível em: < <https://www.aidu-asociacion.org/objetos-tateis-como-proposta-didatico-pedagogica-para-inclusao-do-deficiente-visual-no-ensino-superior/> >. Acesso em 12 ago. 2022.

34. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2010.

35. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. 21 set. 2017. Disponível em: < https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html >. Acesso em 30 ago. 2022.

36. Wiegand BB, Meirelles JM. Saúde das pessoas com deficiência no Brasil: uma revisão integrativa na perspectiva bioética. Rev. latinoam. bioet. 2019; 37(2):31-46. Disponível em: < <https://revistas.unimilitar.edu.co/index.php/rlbi/article/view/3900> >. Acesso em 30 ago. 2022.

37. Marques SR, Lemos SM. Letramento em saúde e fatores associados em adultos usuários da atenção primária. Trab. educ. saúde. 2018; 16(2):535-59. Disponível em: < <https://www.scielo.br/j/tes/a/FDsyPny6mSdsCGcJG9jLLqm/?format=pdf&lang=pt> >. Acesso em 30 ago. 2022.

38. Nota da Organização Nacional de Cegos do Brasil (ONCB) sobre o Dia Nacional do Braille. ONCB. 2021. Disponível em: < <https://www.oncb.org.br/nota-oncb-dia-nacional-braille/> >. Acesso em 18 ago. 2022

39. Atractor. Tradutor Para Braille. Porto; 2022 [acesso em 2022 jun. 12]. Disponível em <https://www.ator.pt/mat/matbr/matbraille.html> .

40. Lima TP, Sousa TV, Bezerra ML, Filha FS, Lima LM, Vilanova JM, et al. A inter-relação do acidente de consumo e assistência à saúde: revisão integrativa. REVISIA. 2021; 10(3):469-80. Disponível em: < <http://revistafacesa.senaaires.com.br/index.php/revisa/article/view/761> >. Acesso em 12 set. 2022.

Autor de correspondência

Ligya Lucia Weber dos Santos
Universidade Paulista- Campus Brasília
Sgas Quadra 913, s/nº - Conjunto B. CEP: 70390130-
Asa Sul. Brasília- Distrito Federal, Brasil.
ligya.weber@gmail.com

A presença paterna no momento do parto

Pregnancy: implications for the pregnant woman's life

Embarazo: implicaciones para la vida de la embarazada

Claudia Rocha de Souza¹, Valéria Fernandes Pimentel Lorena², Liara Caetano de Lima³, Leila Batista Ribeiro⁴, Danilo César Silva Lima⁵,
Marcus Vinicius Ribeiro Ferreira⁶, Alberto César da Silva Lopes⁷, Claudiana Soares da Silva⁸

Como citar: Souza CR, Lorena VFP, Lima LC, Ribeiro LB, Lima DCS, Ferreira MVR, et al. A presença paterna no momento do parto. REVISA. 2022; 11(3): 435-50. Doi: <https://doi.org/10.36239/revisa.v11.n3.p435a450>

REVISA

1. Centro Universitário do Planalto do Distrito Federal. Brasília, Distrito Federal, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0003-2799-7050>

2. Centro Universitário do Planalto do Distrito Federal. Brasília, Distrito Federal, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0001-7753-5415>

3. Centro Universitário do Planalto do Distrito Federal. Brasília, Distrito Federal, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0002-9621-4040>

4. Centro Universitário do Planalto do Distrito Federal. Brasília, Distrito Federal, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0001-6399-6966>

5. Faculdade do Instituto Brasil de Ciência e Tecnologia. Anápolis, Goiás, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0003-4655-1812>

6. Universidade de São Paulo. São Paulo, São Paulo, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0003-1417-0871>

7. Centro Universitário IESB. Brasília, Distrito Federal, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0002-7315-3644>

8. Universidade Evangélica. Anápolis, Goiás, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0001-6391-596X>

Recebido: 25/04/2022
Aprovado: 13/06/2022

RESUMO

Objetivo: analisar a relevância da presença paterna no momento do parto. **Método:** estudo de abordagem qualitativa e método descritivo. A coleta dos dados se deu por meio de entrevista com 12 (doze) puérperas, com idade entre 18 e 41 anos, em uma maternidade da rede pública do Distrito Federal. **Resultados:** todas as entrevistadas compareceram às consultas de atendimento pré-natal, 92% delas tinham conhecimento prévio da lei do acompanhante, 58% receberam alguma orientação relativa ao seu próprio direito e de seu acompanhante, e todas foram acompanhadas pelo pai no momento do parto. A discussão das perguntas abertas gerou duas categorias, a saber: a participação do pai no momento do parto, e a vivência da parturiente durante o parto. **Conclusão:** a presença do companheiro é positiva e tranquilizadora no momento do parto e sugere-se a continuidade da formação dos profissionais de enfermagem neste tema, com o intuito de uma constante melhora no atendimento às mulheres no momento do parto, respeitando a lei e principalmente as escolhas da mãe, proporcionando um parto humanizado e seguro, minimizando traumas e medos.

Descritores: Gestante; parturiente; Acompanhante; Parto humanizado.

ABSTRACT

Objective: to analyze the relevance of paternal presence at the time of delivery. **Method:** qualitative study and descriptive method. Data were collected through interviews with 12 (twelve) puerpers, aged between 18 and 41 years, in a maternity hospital in the public network of the Federal District. **Results:** all interviewees attended prenatal care consultations, 92% of them had prior knowledge of the companion's law, 58% received some guidance regarding their own right and companion, and all were accompanied by the father at the time of delivery. The discussion of the open questions generated two categories, namely: the participation of the father at the time of delivery, and the experience of the parturient during childbirth. **Conclusion:** the presence of the partner is positive and reassuring at the time of delivery and it is suggested the continuity of the training of nursing professionals in this theme, with the aim of a constant improvement in the care of women at the time of delivery, respecting the law and especially the mother's choices, providing a humanized and safe delivery, minimizing traumas and fears.

Descriptors: Pregnant woman; Mother; Escort; Humanized childbirth.

RESUMEN

Objetivo: analizar la relevancia de la presencia paterna en el momento del parto. **Método:** estudio cualitativo y método descriptivo. Los datos fueron recolectados a través de entrevistas con 12 (doce) puerpers, con edades entre 18 y 41 años, en una maternidad de la red pública del Distrito Federal. **Resultados:** todas las entrevistadas asistieron a consultas de atención prenatal, 92% de ellas tenían conocimiento previo de la ley del acompañante, 58% recibieron alguna orientación sobre su propio derecho y acompañante, y todas fueron acompañadas por el padre en el momento del parto. La discusión de las preguntas abiertas generó dos categorías, a saber: la participación del padre en el momento del parto y la experiencia de la parturienta durante el parto. **Conclusión:** la presencia de la pareja es positiva y tranquilizadora en el momento del parto y se sugiere la continuidad de la formación de los profesionales de enfermería en este tema, con el objetivo de una mejora constante en el cuidado de las mujeres en el momento del parto, respetando la ley y especialmente las opciones de la madre, proporcionando un parto humanizado y seguro, minimizando traumas y miedos.

Descritores: Mujer embarazada; Madre; Escoltar; Parto humanizado.

Introdução

O parto é considerado um momento único na vida da mulher, e vivenciar essa experiência com o parceiro de vida pode amplificar as sensações no plano físico, mental, emocional e social. Ao longo da história, o momento do parto passou por diversas fases, sendo considerado de um evento divino até um processo mediado pela medicina, levando a parturiente de protagonista a objeto.¹

Humanizar a assistência do parto vem sendo uma estratégia do Ministério da Saúde, com programas que garantam a gestante um atendimento de qualidade, respeito e sensibilidade, evidenciando o trinômio mulher-criança-família.² A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem busca conscientizar os homens do dever e do direito à participação no planejamento reprodutivo, desde a decisão de ter ou não filhos, como e quando tê-los, bem como do acompanhamento da gravidez, do parto, do pós-parto e da educação da criança.³

Ampliando esse contexto de humanização do parto no país, a Lei nº. 11.108, de 7 de abril de 2005, regulamenta a presença do acompanhante em todo o processo do momento do parto.⁴

Segundo o Conselho Federal de enfermagem (COFEN), nº 477/2013 e 379/2015, o enfermeiro possui autonomia para assistência integral às gestantes, parturientes, puérperas e recém-nascidos, sendo um dos pilares da equipe obstétrica.⁵

Buscando ir além do ponto de vista dos profissionais em relação a participação do pai no processo do parto, e atentando para a possibilidade de receio dos pais em vivenciarem esse momento, consideramos a importância de ouvirmos as parturientes.

O presente estudo poderá contribuir para a ampliação dos cuidados com a mulher e com a humanização do parto, além de proporcionar ao profissional o conhecimento dos sentimentos estimulados à parturiente quando se tem o acompanhamento do pai neste momento.

Este estudo tem por objetivo analisar a relevância da presença do pai no momento do parto, em uma maternidade da rede pública do Distrito Federal.

Metodologia

Este trabalho utiliza como metodologia, a abordagem descritiva e qualitativa, seguindo o pressuposto de Oliveira (2011).

O estudo foi realizado no ano de 2022, em um hospital público da região oeste do Distrito Federal, com 12 (doze) mulheres que deram à luz e tiveram o pai como acompanhante durante o momento do parto. As entrevistas foram iniciadas somente após a aprovação do comitê de ética em pesquisa com seres humanos da FEPECS/DF com número do parecer 5.706.116, seguindo todas as recomendações éticas preconizadas na resolução CNS 466 de 2012.

Como critérios de inclusão, foram entrevistadas mulheres com idade acima de 18 anos, que deram à luz sem complicações expressivas, que tiveram a presença do pai como acompanhante, e que os filhos não precisaram de tratamento intensivo neonatal, além de manifestarem boas condições físicas e psicológicas para responder às perguntas da entrevista.

Como instrumento de coleta, foi elaborado um questionário com 11 (onze) questões, sendo 9 (nove) perguntas de múltipla escolha, e 2 (duas) questões abertas, que foram gravadas e transcritas de forma fidedigna, abrangendo aspectos socioeconômicos da puérpera; antecedentes obstétricos; informações dadas no pré-natal; vivência do momento do parto e presença do pai neste momento.⁶

Os dados foram analisados em etapas, sendo a primeira etapa a redução dos dados e a simplificação. A segunda etapa, apresentação e organização dos dados e na terceira etapa, a conclusão do estudo.⁷

Referencial Teórico

O parto, durante muito tempo, foi considerado um ritual de celebração à feminilidade, no qual a mulher era a protagonista. Variações nas formas de tratar o parto vêm da diversidade cultural, e podem sofrer modificações em razão dos aspectos sociais. Sendo considerado um assunto de mulher, os médicos só interviam quando o parto era referido como difícil pela parteira, pois elas representavam a melhor opção para a assistência ao parto.⁸

Esta percepção começou a mudar no século XVI, com a utilização de novas técnicas e procedimentos nos cuidados da saúde. A descredibilização das parteiras veio com a misoginia presente da época. Com a mudança do cenário, os partos começaram a ser realizados em instituições de saúde, sendo tratados não apenas como um processo fisiológico, mas direcionando o protagonismo para a figura do médico.

Com a chegada do fórceps, instrumento criado para extração dos bebês em casos de partos difíceis, cria-se uma alternativa às cesarianas, cirurgias com maior possibilidade de infecções e que ocasionavam mais mortes maternas por ocasião do parto.⁹

Com a institucionalização e a melhora das condições de higiene, a cesariana já não representava apenas um risco, mas acenava com a possibilidade de um sistema lucrativo obstétrico, pois o agendamento e medicalização tornavam o processo rápido e indolor. No ambiente hospitalar, planejado para atender as necessidades dos profissionais de saúde, a parturiente se via no lugar de vulnerabilidade e aceitação das circunstâncias, o que gerava maior sensação de segurança, já que o parto não era considerado apenas fisiológico.¹⁰

No Brasil, considerado o país com o maior índice mundial de cesarianas, esta prática alcança 27% dos partos na rede pública, chegando a 90% dos partos na rede privada, ao ponto que o indicado pela OMS, Organização Mundial da Saúde em 2012, com revisão em 2015, deveria ser de 10 a 15% dos partos. A OMS também sugere que seja aplicada em todo o mundo a classificação universal de Robson, um documento que permite comparar as diferentes taxas de cesarianas entre hospitais, países e cidades.¹¹

No Ceará, foi criado um projeto, há mais de uma década atrás, em que o obstetra José Galba de Araújo defendia o parto normal, além da humanização do parto e do nascimento. O Prêmio Galba de Araújo, veio para celebrar e visa realizar a avaliação das maternidades públicas, escolhendo e certificando um hospital de cada uma das cinco macrorregiões, pelo destaque na humanização do atendimento a mulher e ao recém-nascido. Por sua vez, a portaria no. 569, de 01 de junho de 2000, instituiu o Programa de Humanização no Pré-natal e

Nascimento, cujo objetivo principal é reorganizar a assistência à parturiente, vinculando formalmente o pré-natal ao parto e puerpério, com a ampliação do acesso das mulheres a esses programas, e a garantia da qualidade com a realização de um conjunto mínimo de procedimentos.¹²

Atualmente, existem programas como a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, que buscam conscientizar os homens dos deveres e direitos à participação no planejamento reprodutivo, desde a decisão de ter ou não filhos, como e quando tê-los, bem como do acompanhamento da gravidez, do parto, do pós-parto e da educação da criança.¹³

A desvalorização do nascimento e a perda do ambiente acolhedor fazem com que algumas mulheres queiram parir em casa, de forma planejada, com o auxílio de enfermeiras obstétricas, doulas e médicos obstetras, dispensando a modernidade e a suposta segurança do parto em um hospital. Para alívio da dor são usadas práticas não farmacológicas tais como, banhos, massagens, cavalinho e bola.¹²

A violência institucional, que descreve o conjunto de percepções resultantes de procedimentos amplamente utilizados nas salas de parto, é justificada por alguns profissionais da saúde, como o resultado da precariedade dos serviços públicos, a falta de espaço físico nas salas de pré parto, ou a disponibilidade de alojamentos exclusivamente femininos nas maternidades, o que inviabilizaria a entrada dos pais ou acompanhantes do gênero masculino. No entanto, a questão do envolvimento do pai/acompanhante no momento do parto tem sido discutida amplamente, como fator indispensável para a mudança do paradigma da busca de um atendimento humanizado.⁸

Há tempos se percebe que a presença do pai no nascimento ajuda a preencher uma lacuna existente no cuidado. Reconhece-se que a mulher no momento do parto requer apoio psicológico e afetivo, uma vez que, pela demanda da dinâmica do trabalho hospitalar, os profissionais que oferecem apoio têm pouco tempo para estarem junto das parturientes. Acredita-se que os hospitais devam permitir e encorajar a presença do pai, para que este assuma um papel ativo nos cuidados da parceira durante o momento do parto.¹³

O Ministério da Saúde, exercendo seu papel normatizador e regulador, tem implantado um conjunto de ações, mediante portarias ministeriais, com o objetivo de estimular a melhoria da assistência obstétrica.¹⁴

Reforçando as percepções e práticas citadas, a importância do papel do enfermeiro obstetra resulta em grande benefício para a assistência obstétrica e da valorização do profissional, e é amparado pela Portaria do Ministério da Saúde nº 2815/98, de 29 de maio de 1998, para atuar na assistência ao parto normal de baixo risco ou risco habitual. Defende ainda que, cada mulher deva ser tratada de forma única no momento de dar à luz, priorizando a assistência individualizada e de forma integral.¹⁵

A humanização dos serviços de saúde veio para reduzir as intervenções desnecessárias, como a prática excessiva das cesáreas e com consequente diminuição da morbimortalidade materna e perinatal.¹⁶

Segundo as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal, mulheres no momento do parto devem ser tratadas com respeito, ter acesso às informações baseadas em evidências, e serem incluídas na tomada de decisões. Para isso, os profissionais que as atendem deverão estabelecer uma relação de confiança com as mesmas, perguntando-lhes sobre seus desejos e expectativas. A

humanização consiste em proporcionar à parturiente por meio do cuidado, uma passagem de um momento emocional para outro, com segurança, equilíbrio e harmonia.¹⁷

A formação pessoal dos profissionais, qualificando estes para o atendimento à mulher no período de pré-natal e nascimento, é de extrema importância para melhoria da qualidade da assistência, fortalecendo a relação do profissional com a parturiente e seus acompanhantes.³

O enfermeiro como membro importante da equipe de saúde pode proporcionar situações para melhorar o acolhimento e a humanização do parto, tendo um olhar atento para as necessidades da mulher e diminuindo o número de intervenções no processo, com empatia, comunicação eficaz e ações proativas de educação em saúde, além de proporcionar a adesão do pai ao momento do parto.¹⁸

Ao mesmo tempo em que a equipe de saúde tem seu lugar delimitado no atendimento ao parto, ela também precisa reconhecer o potencial do pai e dos benefícios do seu suporte para a mulher durante o processo de parição, que podem variar de acordo com as características assistenciais das instituições hospitalares, do tipo de provedor e da duração do suporte.¹⁹

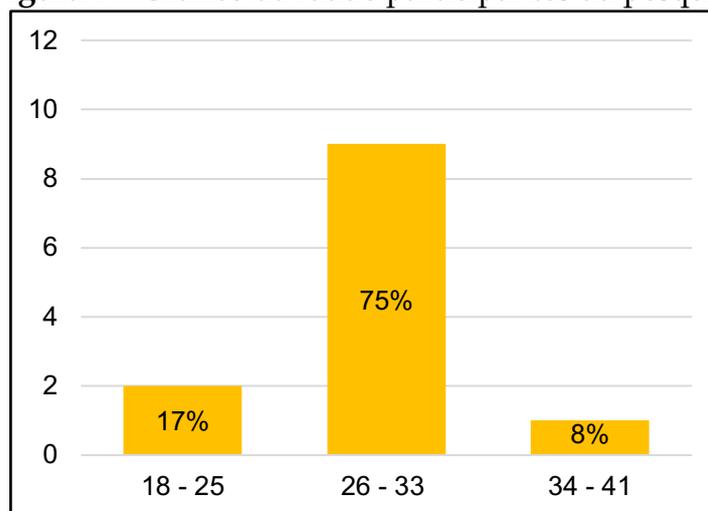
Um estudo sobre a visão do acompanhante em relação a sua atuação durante o processo de parturição, mostrou que é preciso dar espaço aos agentes envolvidos diretamente nesse processo, pois estes às vezes sentem-se intimidados pelos profissionais de saúde, desestimulados de participar, sendo apenas fiscalizadores da assistência obstétrica. A participação limitada do acompanhante é decorrente do modelo de assistência intervencionista ao parto e dos preconceitos frente à possibilidade de um acompanhante ativo. Esses dois pontos influenciam também na falta de compromisso dos profissionais em acolher e inserir o pai no processo do nascimento.¹⁹

Percebe-se que apesar de os profissionais demonstrarem uma abertura para aceitar a presença do pai, esta prática ainda é envolvida por sentimentos de apreensão. Porém, mesmo envolto por esses sentimentos, os profissionais que atuam na assistência ao parto e nascimento relatam como positiva a presença do acompanhante, reconhecem os benefícios de sua contribuição na fisiologia do parto e na melhoria da qualidade da assistência e de sua atuação junto à mãe-filho no estabelecimento do vínculo familiar.²⁰

Resultados

Os resultados deste estudo emergiram de 12 (doze) entrevistadas; a seguir o perfil das participantes: com idade entre 18 e 41 anos; 75% têm idade entre os 26 e os 33 anos, 17% entre os 18 e os 25 anos, e 8% entre os 34 e os 41 anos, conforme figura 1 a seguir:

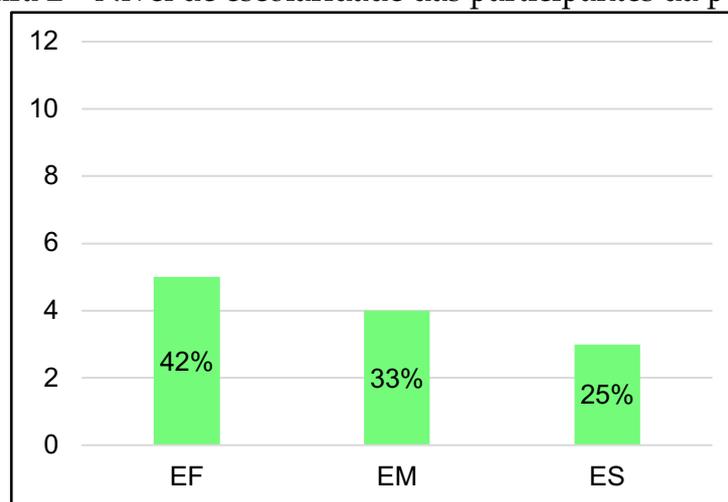
Figura 1 - Gráfico da idade participantes da pesquisa.



De acordo com a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, instituída pelo Ministério da Saúde no Brasil, são consideradas em idade reprodutiva, as mulheres entre os 10 e os 49 anos, o que corresponde a 65% do total da população feminina do país, faixa também retratada na distribuição de idades das respondentes da pesquisa.²¹

Em relação à escolaridade das entrevistadas, a pesquisa apresentou 42% destas com Ensino Fundamental como formação escolar. Sendo que, 33% afirmaram ter concluído o Ensino Médio, enquanto 25% responderam ter concluído o Ensino Superior, conforme evidenciado na figura 2.

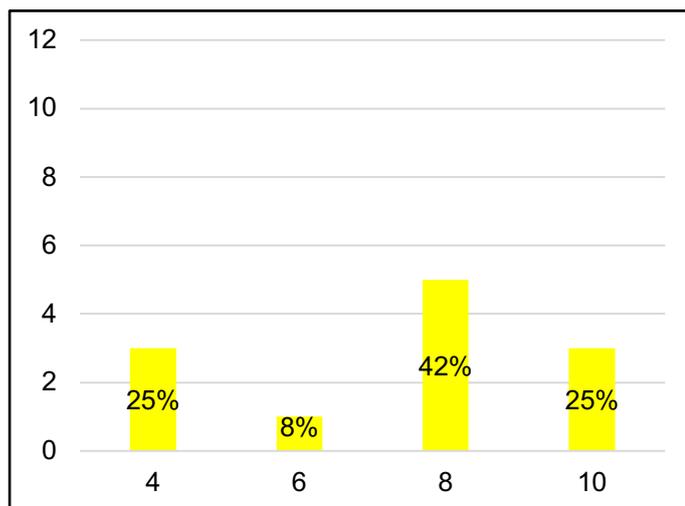
Figura 2 - Nível de escolaridade das participantes da pesquisa. 2022.



EF - Ensino Fundamental; EM - Ensino Médio e ES - Ensino Superior

Das parturientes entrevistadas, todas declararam ter realizado o pré-natal. No entanto, ao serem questionadas sobre o comparecimento às consultas do programa pré-natal, 75% das entrevistadas declarou ter sido atendida em oito ou mais consultas, 8% compareceram a pelo menos seis consultas, enquanto 25% relataram ter sido assistidas em apenas quatro consultas, conforme mostra a figura 3.

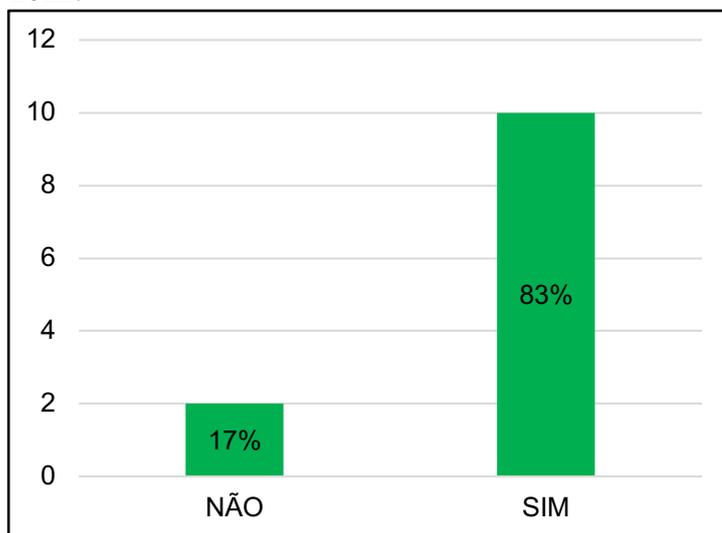
Figura 3 - Consultas de pré-natal das participantes da pesquisa. 2022.



Conforme preconizado pelo Ministério da Saúde para o Brasil, para que um conjunto de atendimentos à puérpera seja considerado como pré-natal, o total de consultas deve ser de no mínimo seis consultas, podendo ser realizadas por médico ou profissional de enfermagem capacitado, preferencialmente seguindo o seguinte cronograma: consultas mensais até a 28^a semana, consultas quinzenais da 28^a até a 36^a semana, e com atendimentos semanais até o momento do parto.²¹

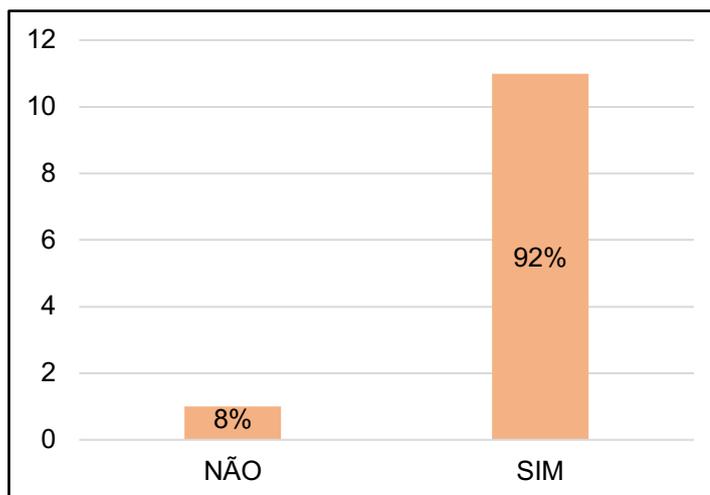
Com relação a vivência de partos anteriores, 83% das parturientes informou já ter vivenciado um ou mais partos. Apenas duas entrevistadas, 17%, estavam em sua primeira experiência de parto, conforme retratado na figura 4.

Figura 4 - Porcentagem participante da pesquisa segundo experiência com partos anteriores. 2022.



Em relação ao conhecimento da Lei nº. 11.108, de 7 de abril de 2005, que rege o direito de permanência do acompanhante durante o momento do parto, 92% das entrevistadas relataram possuir conhecimento prévio em relação ao assunto, conhecimento esse obtido por meio da televisão e da internet. Apenas uma parturiente (8%) relatou não ter conhecimento sobre o assunto, conforme evidenciado na figura 5.

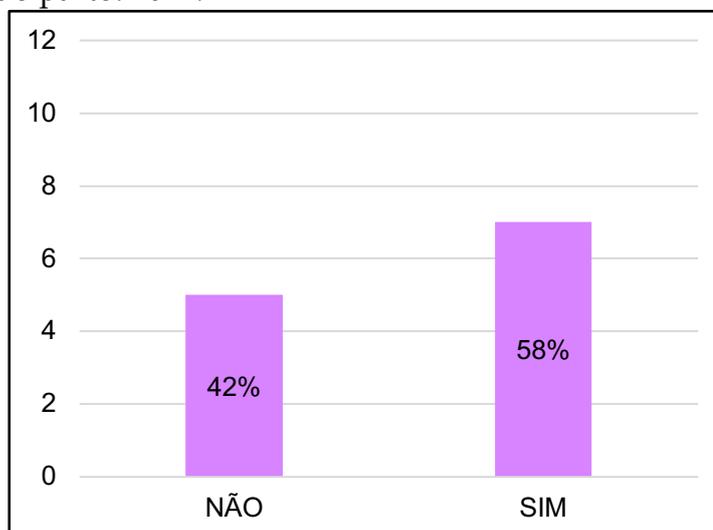
Figura 5 – Parturientes conhecedoras da lei 11.108 de 2005, que participaram da pesquisa. 2022.



Desta proporção de respostas positivas, é possível observar a crescente ampliação no conhecimento dos direitos advindos da Lei n. 11.108/2005, que há mais de quinze anos instituiu para os serviços de saúde públicos e privados, a opção à mulher na livre escolha de um acompanhante para o momento do parto. A Política de Humanização do Parto e Nascimento, reforça a importância de garantir a compreensão da mulher em relação ao tema, para que a garantia desse direito, desde o pré-natal, permita uma tomada de decisão consciente, uma escolha do acompanhante sem atropelos, e um processo de parto com maior respeito, apoio e confiança.²²

Embora este estudo tenha demonstrado predominante o conhecimento dos seus direitos pelas participantes, a pesquisa também revelou que, apenas 58% das participantes afirmaram ter recebido alguma orientação sobre os procedimentos em relação à participação do pai no momento do parto, ao passo que 42% relataram não ter recebido nenhuma orientação, conforme demonstrado na figura 6.

Figura 6 – Participante do estudo que receberam orientações sobre a presença do pai no momento do parto. 2022.



O Ministério da Saúde, na formulação das Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal, incluiu entre os cuidados gerais durante o momento do parto, o dever de informar à mulher puérpera ainda durante o pré-natal, da necessidade de escolha de um acompanhante para apoiá-la durante o momento do parto. Acrescenta também, que o acompanhante escolhido deve receber as informações importantes sobre o parto ao mesmo tempo que a mulher.²³

Discussão

Para a discussão deste estudo foram organizadas duas categorias, que versaram sobre a participação do pai no momento do parto, e sobre a vivência da parturiente durante o parto. A segunda categoria, foi ainda subdividida em duas subcategorias, que discorrem sobre os sentimentos vividos durante o parto e sobre a vivência da parturiente com os profissionais de saúde, conforme apresentado a seguir:

Participação do pai do recém nascido no momento do parto

A presença de um acompanhante de confiança no momento do parto, foi apontada como positiva por 100% das parturientes entrevistadas, conforme pôde-se auferir das respostas transcritas em sua íntegra, a seguir.

“A presença do meu esposo no parto, foi muito bom, porque ele teve no momento que eu passei que vai fazer dois anos que eu perdi minha mãe e ele foi uma pessoa mais especial na minha vida que chegou quando eu entrei para o parto, ele foi o primeiro a segurar minha filha, e porque foi muito primeiro entrar comigo.” (N1)

“Então quando tem um acompanhante com você, até mesmo o pai do bebê, fica tudo mais perfeito. Quanto mais perto ele está, encostando em você, tocando, você se sente mais segura, é mil vezes perfeito, melhor com acompanhante. Quem foi meu acompanhante foi meu companheiro.” (N2)

“Foi maravilhoso, foi muito importante pra mim, muito legal. Ele me ajudou nas contrações, me ajudou pra ir no banheiro, me ajudou em tudo, com certeza ter um acompanhante me passou total segurança, muito mais do que eu esperava.” (N3)

“Eu não me senti muito a vontade não, mas até que foi razoável. Meu companheiro ficou o tempo todo, inclusive na hora do nascimento, acompanhando tudinho. Foi importante.” (N4)

“Bem ativa, me ajudou bastante, foi muito importante, fez toda a diferença no sentido de me sentir mais acolhida, mais segura. Ele ajudou durante o parto, fazendo massagem, estímulo, me senti calma, me passou tranquilidade,

positividade, me falando que tudo ia dar certo né? A presença dele foi fundamental.” (N5)

“Foi importante, né? Pra eu me sentir mais segura, como eu nunca tive parto cesárea, esse foi o primeiro, já tive outros dois partos e foram normais. Então cesárea eu desconhecia, né?” (N6)

“Me dando apoio moral. Passando confiança né? Dando força no momento que é necessário. E ele estava lá pra me ajudar, muito bom. Passa uma segurança muito boa. Até porque a gente vê muitos relatos, né? De várias coisas acontecendo infelizmente, e aí tendo alguém pra acompanhar é muito bom, a gente fica mais segura, porque a gente fica muito instável, vulnerável.” (N7)

“Eu não cheguei em trabalho de parto, eu cheguei com muito inchaço. E aí acho que eu tinha solicitado um exame, nesse exame veio que tinha o cordão umbilical que estava passado duas voltas no pescocinho dele, e aí também por conta do tamanho do bebê foi necessário fazer a cesárea. O parto foi tranquilo, foi muito rápido, muito tranquilo. Depois, quando vem pra cá (recuperação), que aí já começa mais as novidades, um certo grau de dificuldade, mas o parto em si foi muito tranquilo. A questão da recuperação mesmo, que é tudo muito mais difícil.” (N8)

“O meu companheiro foi fundamental durante o trabalho de parto. Pois foi um trabalho de parto longo que durou quase 24 horas consegui dilatar só 9 cm com muita. Depois de muitas tentativas muita dor mas meu companheiro tava lá me dando suporte emocional me acalmando dizendo que tudo ia dar certo sempre do meu lado aí. Foi fundamental meu companheiro falar do meu lado me dando suporte e tudo que eu precisava.” (N9)

“Durante o trabalho de parto a participação dele foi fundamental pois ele ficou o tempo todo do meu lado me dando apoio me acalmando falando para mim que eu já tava que eu era forte que eu ia conseguir e foi um momento muito importante um momento único quando nosso filho nasceu.” (N10)

“Participação dele foi fundamental foi importante.” (N11)

“Meu companheiro foi muito importante pois eu estava com muito medo muito assustada e ele estava lá do meu lado me acalmando.” (N12)

Nas entrevistas, ao falarem da participação do pai do recém-nascido, as parturientes relataram de forma espontânea uma extensa gama de sentimentos anteriores, tais como desconhecimento, insegurança e medo, que afloraram também como sensações físicas de dor e sofrimento no momento do parto. No

entanto, todo esse conjunto de efeitos pôde ser vivenciado de modo menos traumático, graças ao apoio sentido, a sensação de proximidade, às palavras de conforto proferidas, ao suporte emocional e a positividade recebida pela presença de um acompanhante.

A importância da proximidade de alguém de confiança da parturiente tem sido relatada como positiva também em trabalhos anteriores, que apontam inclusive a diminuição percebida no risco de complicações durante o parto. O apoio e segurança proporcionados, como fundamentais para que o parto seja vivido de forma positiva e prazerosa, não traumática. Um melhor aproveitamento dessa possibilidade pode advir da sensibilidade e apoio da equipe de profissionais de saúde envolvida, para que o devido suporte emocional e segurança sejam transmitidos a ambos durante o parto.²⁴

Vivência durante o parto

A diversidade de sensações, sentimentos e percepções de cada vivência relatada pelas parturientes entrevistadas, é bem expressiva. Enquanto alguns relatos sugerem relativa tranquilidade e rapidez no processo do parto, outros acrescentam detalhes de complicações, com maior dor e sofrimento, conforme a seguir.

“A minha vivência no parto foi muito rápida, muito rápida. Não tem nem como eu explicar como foi.” (N1)

“O meu trabalho de parto foi meio complicado, eu comecei a sentir dois dias antes, e fiquei segurando né, porque não estava regulando de acordo com o que era pra regular. E eu fiquei segurando, segurando, aí acabou energia na minha casa, e fiquei sem luz e sem nada, e o marido nada de chegar do serviço, aí eu falei, ai meu deus, eu vou ganhar nenê bem aqui. Aí, assim que ele chegou a gente correu pra casa da minha mãe, eu consegui tomar um banho, cheguei aqui e já tava com nove centímetros, só que eu também não conseguia mais andar, fui atendida pelos médicos na cadeira de rodas.” (N2)

“Foi muito difícil, eu consegui dilatar até em 5 cm, depois eu não dilatei mais, aí tive que passar por cesariana, então foram dois partos né? então foi muito difícil, e a presença do no meu ajudante foi muito importante pra mim.” (N3)

“Cansativo, já cheguei sentindo muita dor, uma contração atrás da outra, eu estava com sete centímetros, e aí só foi piorando. Eu achei que demorou, por causa da dor, parece que é uma eternidade. Eu cheguei as sete e pouquinho, e ganhei as 8:18. É porque eu já cheguei com 7 centímetros. Mas porque quando você pensa, demora né?” (N4)

“Foi um trabalho de parto rápido porque eu já estava em dilatação avançada e respeitaram minha vontade. Porque eu não queria, no finalzinho da expulsão um corte, então me respeitaram e não tive episiotomia, foi bem tranquilo.” (N5)

“Ah, foi uma benção, a equipe, tudo em si, foi tão rápido que, achei que ia demorar mais, meia horinha já tava tudo terminado já.” (N6)

“Foi bem rápido. Cheguei aqui, a minha bolsa já tinha estourado, e aí eu entrei no consultório, o doutor foi fazer o toque, né, não deu mais pra fazer o toque porque ela já estava nascendo. E aí, nasceu. As contrações vinham né, e ela nasceu rapidinho. Os dois foram normais, parto normal é bem melhor, é bem sofrido mas depois que o neném nasce é bem tranquilo.” (N7)

“Eu não cheguei em trabalho de parto, eu cheguei com muito inchaço. E aí acho que eu tinha solicitado um exame, nesse exame veio que tinha o cordão umbilical que estava passado duas voltas no pescocinho dele, e aí também por conta do tamanho do bebê foi necessário fazer a cesárea. O parto foi tranquilo, foi muito rápido, muito tranquilo. Depois, quando vem pra cá (recuperação), que aí já começa mais as novidades, um certo grau de dificuldade, mas o parto em si foi muito tranquilo. A questão da recuperação mesmo, que é tudo muito mais difícil.” (N8)

“Meu trabalho de parto eu pude opinar, pude participar ativamente dele, só tenho a agradecer, tentamos parto normal, porém não foi possível mas graças a deus estamos super bem só tenho agradecer a equipe de enfermagem e os médicos.” (N9)

“Meu parto mesmo eu tendo medo porque a gente sente medo do parto né. Foi um parto para mim foi perfeito. O parto foi um momento único no momento eu tinha medo minhas angústias eu tinha um certo medo de do parto.” (N10)

“Achei mais tranquilo que os outros e me sentir bem segura.” (N11)

“Senti muito medo, mas com a presença do meu companheiro. Estava com muito medo muito assustada.” (N12)

Embora o parto seja um processo natural da fisiologia da mulher, carrega inúmeros fatores associados. Questões culturais, experiências anteriores próprias ou de terceiras, inseguranças diversas, e a própria emoção da maternidade, ao passo que ampliam a percepção e a valorização dessa experiência, podem tornar o cenário do nascimento perturbador para muitas mulheres, podendo inclusive trazer prejuízos à saúde física e emocional. Por isso, a presença de um acompanhante, de alguém que possa apoiar a mulher neste momento, é apontado como impactando diretamente na redução da ansiedade e dos sentimentos negativos relativos ao parto.²⁵

Sentimentos durante parto

As sensações de medo, o receio de ficar sozinha, a angústia pessoal, fazem parte do conjunto de sensações relatadas pelas parturientes no momento do parto. Além disso, chama a atenção aqui também, a desconfiança e o desconforto causados pelo desconhecimento em relação ao médico.

“É maravilhoso. Quando você vai ganhar um neném, você fica desconfortável porque você tem medo do médico, ou fazer alguma coisa com você, que você não conhece, ou só pessoa desconhecida ali.” (N2)

“Tinha um pouco de receio de ficar só. Estava com medo do parto demais. Ele ficou lá do meu lado, me apoiando, né, todo tempo.” (N6)

“O parto foi um momento único no momento eu tinha medo minhas angústias eu tinha um certo medo de do parto.” (N10)

“Senti muito medo, mas com a presença do meu companheiro, foi muito bom.” (N12)

O isolamento das mulheres nos ambientes desconhecidos destinados ao parto, bem como a separação dos familiares, como causadores de sentimentos de medo e ansiedade que podem causar alteração na fisiologia do parto, possibilitando a desregulação de substâncias fundamentais no processo de dilatação do colo uterino. Por outro lado, a segurança e conforto advindos, da proximidade de um acompanhante de livre escolha da mulher, ao permitir o compartilhamento dos temores e intranquilidades, possibilita a redução do uso de medicações para o alívio da dor, uma menor incidência nas cesarianas e episiotomias, e a melhoria nos índices de Apgar nos recém-nascidos.²⁶

Nesta categoria um relato curioso que a participante diz sentir “medo do médico”, talvez influenciado pelo abuso ocorrido no Rio de Janeiro à parturiente pelo anestesista.²⁷

Vivência com os profissionais da saúde

Ao relatarem a sua vivência com os profissionais de saúde no momento do parto, a totalidade das mulheres respondentes relatou ter recebido atendimento de qualidade, tecendo elogios à equipe de enfermagem e manifestando gratidão pelo apoio, acolhimento e pronto cuidado.

“O atendimento foi super rápido, já me colocaram para ganhar nenê na mesma hora. Assim que eu cheguei no hospital, meu esposo pegou a cadeira de rodas pra mim, porque eu não estava conseguindo mais andar, eu estava com nove centímetros e já me levaram direto pro médico, eu fui atendida bem atendida pela equipe, e já me mandaram direto pro trabalho de parto.” (N2)

“Eu já cheguei aqui que eu sou de outra cidade e já cheguei e fui direto atendida, muito bem atendida, a equipe que me assistiu, maravilhosa, não senti falha nenhuma. Todas bem carinhosas e calmas, me passou

tranquilidade, não me senti nenhum pouco constrangida. Eu não tenho o que reclamar.” (N5)

“Muito boa, eles me deixaram bem a vontade.” (N7)

“O médico optou por uma cesárea porque não teve não conseguia dilatar e o neném não passava, mas graças a deus deu tudo certo a cesárea. A equipe de enfermagem foi maravilhosa só tenho elogios me deu força me fez ficar bem à vontade.” (N9)

“A equipe de enfermagem lá do meu lado me dando apoio toda orientação me mostrando que tudo me dizendo que tudo ia dar certo que eu conseguia que eu era forte que meu filho estava ali pronto para vir ao mundo eu só tenho a agradecer a toda a equipe de enfermagem que foram fundamentais nesse momento me ajudaram muito fizeram toda a diferença para mim.” (N10)

“Na hora do parto só enfermeira, mas no trabalho de parto a enfermeira e o médico.” (N11)

“Me acalmando meu parto correu tudo bem e eu sou muito grata por isso a presença do meu marido e da participação de todo o empenho da equipe de enfermagem foi fundamental eu só tenho a agradecer as enfermeiras que estavam lá do meu lado o tempo todo me dando força me orientando foi tudo perfeito superou minhas expectativas porque eu tinha tanto medo.” (N12)

A presença de um acompanhante no momento do parto, aumenta a possibilidade de melhores cuidados e orientações por parte dos profissionais de saúde envolvidos. Há uma melhoria na possibilidade de escolha da mulher em outras questões bastante importantes na experiência, tais como a posição de expulsão, não submissão, contenção, analgesia e inclusive nas boas práticas posteriores, como amamentação na primeira hora de vida e demais cuidados necessários.²⁸

Considerações Finais

O estudo apontou que a presença do pai no momento do nascimento contribui significativamente para a percepção de bem estar e cuidados da puérpera, amplia a humanização desejada ao momento do nascimento, e confirma a necessidade de apoio psicológico e afetivo da mulher no momento do parto.

No entanto, para que essas impressões sejam sentidas em sua totalidade, é imprescindível que a mulher e seu acompanhante previamente escolhido, bem como a equipe de enfermagem e profissionais de saúde envolvidos, tenham conhecimento da Lei nº. 11.108, de 7 de abril de 2005, que rege o direito da permanência do acompanhante durante o momento do parto, para que possa acolher a puérpera, respeitando o seu direito em um momento único de sua vida, que é a chegada de um filho.

Embora apresente relatos expressivos, uma maior amostragem poderia ampliar o escopo da pesquisa. A redução no número de entrevistadas deve-se à limitação física do local pesquisado, uma vez que a maternidade utilizada no estudo não possui um local reservado onde as entrevistadas pudessem relatar a sua experiência e a de seu companheiro durante o momento do parto.

Aconselha-se a continuidade da formação dos profissionais de enfermagem neste tema, com o intuito de uma constante melhora no atendimento às mulheres no momento do parto, respeitando a lei e principalmente as escolhas da mãe, proporcionando um parto humanizado e seguro, minimizando traumas e medos.

Agradecimento

Essa pesquisa foi financiada pelos próprios autores.

Referências

1. Dos Santos IG et al. Importância do acompanhante e do contato pele a pele no parto e no nascimento. *Revista Recien - Revista Científica de Enfermagem*, v. 11, n. 36, p. 268-275, 2021.
2. Toral, A et al. Assistência de enfermagem na humanização do parto: uma revisão integrativa. *Revista Eletrônica Estácio Saúde*, v. 8, n. 1, p. 45-53, 2018.
3. Henz GS, Medeiros CRG, Salvadori M. A inclusão paterna durante o pré-natal. *Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde*, v. 6, n. 1, 2017.
4. Brasil. Lei n 11.108 de 7 de abril de 2005.
5. Brasil. Conselho federal de enfermagem (COFEN). n. 477/2013 e 379/2015.
6. Leal, NP, et al. Práticas sociais do parto e do nascer no Brasil: a fala das puérperas. *Ciência & Saúde Coletiva* 26, 941-950, 2021.
7. De Oliveira ASS et al. O acompanhante no momento do trabalho de parto e parto: percepção de puérperas. *Cogitare Enfermagem*, v. 16, n. 2, 2011.
8. Brüggemann, OM., Parpinelli, MA., & Osis, MJD. Evidências sobre o suporte durante o trabalho de parto/parto: uma revisão da literatura. *Cadernos de Saúde Pública*, 21, 1316-1327, 2005.
9. Vendruscolo CT, Krueel CS. A história do parto: do domicílio ao hospital; das parteiras ao médico; de sujeito a objeto. *Disciplinarum Scientia, Ciências Humanas*, v. 16, n. 1, p. 95-107, 2015.
10. Toral A. et al. Assistência de enfermagem na humanização do parto: uma revisão integrativa. *Revista Eletrônica Estácio Saúde*, v. 8, n. 1, p. 45-53, 2018.
11. Brandt GP. et al. Violência obstétrica: a verdadeira dor do parto. 2018.
12. Moura FMJSP A humanização e a assistência de enfermagem ao parto normal. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília; p. 60; 452-5, 2007.
13. de Oliveira, PC. Et al. Os benefícios da presença do pai no trabalho de parto e parto. *Brazilian Journal of Development*, 7(2), 18142-18159, 2021.

14. À mulher, Assistência Humanizada. Parto, Aborto e Puerpério Assistência Humanizada à Mulher.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.816/GM de 29 de maio de 1998.
16. Jardim DMB. Pai-acompanhante e sua compreensão sobre o processo de nascimento do filho. 2009. 124f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2009.
17. Brasil. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde; Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida. 2017.
18. Cardoso VEPS, Silva Junior AJD, Bonatti AF, Santos GWSD, & Ribeiro TAN. A participação do parceiro na rotina pré-natal sob a perspectiva da mulher gestante. Rev. pesqui. cuid. fundam. (Online), 856-862, 2018.
19. Brüggemann OM, Parpinelli MA, Osis MJD "Evidências sobre o suporte durante o trabalho de parto/parto: uma revisão da literatura." Cadernos de Saúde Pública 21: 1316-1327, 2005.
20. Nakano, AMS et al. O suporte durante o processo de parto: a visão do acompanhante. Acta Paulista de Enfermagem, v. 20, p. 131-137, 2007.
21. Brasil. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. Editora MS, 2004.
22. Brasil. "Humanização do parto: humanização no pré-natal e nascimento", 2002.
23. Rodrigues, DP, et al. "O descumprimento da lei do acompanhante como agravado à saúde obstétrica." Texto & Contexto-Enfermagem 26, 2017.
24. Matos, MGD., Magalhães, AS., & Féres-Carneiro, T. Violência Obstétrica e Trauma no Parto: O Relato das Mães. Psicologia: Ciência e Profissão, 41, 2021.
25. Castilho, SA. et al. O resgate do parto normal: as contribuições de uma tecnologia apropriada, 2000.
26. Souza, SRRK, and Gualda, MRG. "A experiência da mulher e de seu acompanhante no parto em uma maternidade pública." Texto & Contexto-Enfermagem 25, 2016.
27. Marinatto, L. Rio tem um estupro em hospital a cada 14 dias; cidade onde anestesista foi preso é a quinta com mais casos. Agência O Globo [internet]. 2022 out 16. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/google/amp/rio/noticia/2022/07/rio-tem-um-estupro-em-hospital-a-cada-14-dias-cidade-onde-anestesista-foi-presos-e-a-quinta-com-mais-casos.ghtml>
28. Tomasi, YT, et al. "Do pré-natal ao parto: um estudo transversal sobre a influência do acompanhante nas boas práticas obstétricas no Sistema Único de Saúde em Santa Catarina, 2019." Epidemiologia e Serviços de Saúde 30, 2021.

Autor de correspondência

Claudia Rocha de Souza
Av. Pau Brasil - Lote 2. CEP: 71916-500-Águas Claras.
Brasília, Distrito Federal, Brasil.
claudia.orto@hotmail.com