

# O papel da enfermagem no rompimento dos preconceitos LGBT nos serviços de saúde

## The role of nursing in the breaking of LGBT preconceptions in health services

Iel Marciano de Moraes Filho<sup>1</sup>, Cassio Murilo Rodrigues Alves<sup>2</sup>, Maria Tereza Aparecida Moi Gonçalves<sup>3</sup>, Francidalma Soares Sousa Carvalho Filha<sup>4</sup>, Lívia Maria Mello Viana<sup>5</sup>, Patricia Alves<sup>6</sup>

**Como citar:** Moraes-Filho IM, Alves CMR, Gonçalves MTAM, Carvalho-Filha FSS, Viana LMM, Alves P. O papel da enfermagem no rompimento dos preconceitos LGBT nos serviços de saúde. REVISA.2019;8(3): 242-5. Doi: <https://doi.org/10.36239/revisa.v8.n3.p242a245>

## REVISA

1. Universidade Paulista, Departamento de Enfermagem. Brasília, Distrito Federal, Brasil.

2. Secretaria Municipal de Saúde de Pirassununga. São Paulo, São Paulo, Brasil.

3. Centro Universitário Anhanguera Leme. Leme, São Paulo, Brasil.

4. Universidade Estadual do Maranhão. São Luís, Maranhão, Brasil.

5. Prefeitura Municipal de Teresina. Teresina, Piauí, Brasil.

6. Hospital veterinário da Universidade Federal de Goiânia. Goiânia, Goiás, Brasil.

Recebido: 10/04/2019  
Aprovado: 5/06/2019

Os movimentos sociais se caracterizam como ações coletivas de caráter sociopolítico, construídas por atores sociais pertencentes a diferentes classes e camadas sociais. Eles politizam suas demandas e criam um campo político de força social na sociedade civil. Suas ações estruturam-se a partir de repertórios criados sobre tema e problemas em situações de: conflitos, litígios e disputas.<sup>1</sup>

As ações desenvolvem um processo social e político-cultural que cria uma identidade coletiva ao movimento, a partir de interesses em comum. Esta identidade decorre da força do princípio da solidariedade e é construída a partir da base referencial de valores culturais e políticos compartilhados pelo grupo.<sup>1</sup>

Desta forma o Histórico da luta LGBT no Brasil surgiu na década de 90 formado principalmente por homens homossexuais e logo em seguida por lésbicas, travestis e transexuais e por fim no início dos anos 2000, os bissexuais também começam a lutar pelos seus direitos.<sup>2</sup>

Segundo Foucault, (1979) o termo “homossexual” é bastante atual e sintetiza em identificar pessoas que se relacionam sexualmente com indivíduos do mesmo sexo, sendo que fora associado a padrões patológicos com uma estratégia de política de dissociar a prática sexual entre pessoas do mesmo sexo com o crime ou doença mental.<sup>3</sup>

Na década de 80 inicia a epidemia da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, sendo apelida como “peste gay” fazendo com que existisse uma luta pela vida e não mais por liberdade. Neste momento, instala-se algo que marca o Movimento LGBT: a parceria com o Estado, em especial, as áreas governamentais da saúde.<sup>4</sup>

A reiteração do direito ao atendimento humanizado e livre de discriminação por orientação sexual e identidade de gênero é um avanço concreto que deve ser amplamente divulgado, sendo considerado um instrumento legal na luta pela efetivação do direito a saúde de LGBT'S (lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais), possuindo como marca o reconhecimento dos efeitos da discriminação e do preconceito no processo de saúde-doença dessa população. Trata-se de um marco importante na constatação das necessidades de saúde desses segmentos e da complexidade e diversidade dos problemas de saúde que os afetam. Proporcionando a discussão sobre o acesso a cuidados de saúde que se restringiam apenas à prevenção e ao tratamento de IST/HIV/AIDS e Hepatites Virais.<sup>5</sup>

Dessa forma, partimos de um conceito ampliado de saúde e rompemos com uma abordagem estritamente biológica dos sujeitos e de seu bem-estar, tão comum em nossas formações em saúde que tendem a universalizar a categoria de "normalidade" e defini-la a partir de parâmetros da assistência /com foco em sinais e sintomas e processos patológicos deixando de lado a promoção e a prevenção em saúde.<sup>6</sup>

Torna-se importante salientar que o enfermeiro tem o papel fundamental no conceito de cuidar, trabalhar, educar e orientar em relação a sexualidade, diversidades e clarificar a população a respeito de orientação sexual e identidade de gênero como um detentor da educação em saúde dentro da disseminação das políticas públicas de saúde.<sup>7</sup>

A sexualidade é o mecanismo cultural e simbólico positivo sobre o sexo, esse mecanismo pode integrar o sujeito e as suas relações de micropoder das quais ele participa. Diversidade sexual se dá ao reconhecimento dos diferentes modos de encarar e despertar a sexualidade no indivíduo.<sup>3</sup>

O comportamento masculino ou feminino é construído socialmente, e refere a forma pelo qual o indivíduo é educado e se torna modelador de gênero sendo assim o diferenciador do sexo biológico que foi consolidado, sendo construído nos primeiros anos de vida e só tem a sua definição com a chegada da idade adulta.<sup>8</sup>

O grupo social na luta pelos direitos do LGBT, foi dividido por dois grupos, de um lado aqueles que achavam que o movimento deveria se unir com trabalhadores negros e mulheres, e outro grupo que achavam que essa luta deveria ser somente para garantir os direitos dos homossexuais.<sup>2</sup>

A Política Nacional de Saúde LGBT é um divisor de águas para as políticas públicas de saúde no Brasil e um marco histórico de reconhecimento das demandas desta população em condição de vulnerabilidade. É também um documento norteador e legitimador das suas necessidades e especificidades, em conformidade aos postulados de equidade previstos na Constituição Federal e na Carta dos Usuários do Sistema Único de Saúde.<sup>9</sup>

Falar sobre os direitos e as políticas públicas de saúde para os LGBT motivamos a modificar o jeito de pensar no que referimos em costumes moral e sexual que nos foi imposto como padrão, negar a cidadania para esse grupo populacional é um desafio muito grande, atingindo há muito tempo várias pessoas e lideranças gerando uma certa insatisfação.<sup>9</sup>

Então partindo dessa pressão por direitos o Ministério da Saúde cria o "Brasil sem homofobia" que tem como principal objetivo a mudança nos pensamentos dos gestores de saúde de cada município, incluindo dentro de suas preocupações a inclusão desses pacientes fragilizados, dando total apoio na criação de uma sociedade sem preconceitos, criando então o conselho de combate à discriminação.<sup>9</sup>

O processo de humanização deve acontecer, de acordo com o cuidado humanístico e não a rejeição dos aspectos técnicos e científicos, o que se pretende ao revelar o cuidado é enfatizar as características do processo interativo e de fruição de energia criativa, emocional e intuitiva, que compõe o lado artístico além do aspecto moral.<sup>10</sup>

Esse processo de humanização se dá através de interações nas relações humanas e essas podem ser divididas em três partes, simpatia, bem-querer e amor e podem essas se dar com apatia e indiferença.<sup>11</sup>

O enfermeiro da atenção básica em saúde deve realizar ações junto à comunidade LGBT, oferecendo informações sobre as infecções sexualmente transmissíveis, prevenção de casos de câncer de próstata e o de colo de útero e assim como garantir os direitos reprodutivos integrais e a redução do índice de suicídio por depressão nesses clientes.<sup>7</sup>

Já no atendimento de urgência emergência, o papel do enfermeiro é fundamental na garantia dos direitos, sendo que muitos do grupo dão entrada nessas unidades, vítimas de agressões por homofobia e tentativas de auto extermínio, e esses clientes se encontram fragilizados necessitando de uma equipe humanizada e especializada independente do quadro de consciência do indivíduo, encorajando a busca de seus direitos e de estratégias de enfrentamento.<sup>12</sup>

Portanto o maior papel da enfermagem para o público LGBT é a garantia de uma assistência digna e humanizada desde a atenção primária em saúde perpetuando nos níveis de média e alta complexidade, respeitando as diferenças e proporcionando um atendimento humanizado e de qualidade.<sup>13</sup>

## Referências

1. Gohn M. História dos Movimentos e Lutas Sociais. São Paulo: Loyola; 1995.
2. Facchini R. *Sopa de letrinhas?* Movimento homossexual e produção de identidades coletivas nos anos 90. Rio de Janeiro: Garamond, 2005. 301 p.
3. Foucault M. História da sexualidade I: a vontade de saber. 13a ed. Rio de Janeiro: Graal; 1999.
4. Parker R. Na Contramão da AIDS: Sexualidade, Intervenção, Política. Rio de Janeiro: Editora 34; 2000.
5. Canabarro R. História e direitos sexuais no Brasil: o movimento LGBT e a discussão sobre a cidadania. In: Anais Eletrônicos do II Congresso Internacional de História Regional; 2013 Jun 1- 15; Rio Grande do Sul, Brasil.
6. Moraes Filho IM, Santos OP, Félix KC, Caetano SRS. Concepções de enfermeiros de um centro de atenção psicossocial sobre o cuidar a adultos com transtornos mentais graves- relato de experiência. REVIS. 2015; 4(2): 86-95.
7. Filho IM, Silva AM, de Almeida RJ. Avaliação do estresse ocupacional de enfermeiros da estratégia saúde da família. GS [Internet]. 11dez.2018 [citado 27jan.2019];9(3):335-43. Available from: <http://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/20288>
8. Money J. Sex reassignment as related to hermaphroditism and transsexualism. In: Green R, Money J, editors. *Transsexualism and sex reassignment*. Baltimore: The Johns Hopkins Press; 1969. p. 91-114.
9. Brasil. Política nacional de saúde integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e

transexuais. 1º ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. Disponível em: Acesso em: 27 jan. 2019.

10. Waldow VR. Cuidado humano: o resgate necessário. Porto Alegre (RS): Sagra Luzzatto; 1998.

11. Mezzomo AA. Fundamentos da humanização hospitalar - uma visão holístico [Fundaments of hospital humanization - a holistic view]. *Bioethikos*. 2012; 6 (2): 217-221.

12. Kury Charbell Miguel Haddad, Kury Marcus Miguel Haddad, Pereira Christiane do Carmo Ramos, Oliveira Francisco Arthur, Oliveira Fabio Conceição, Silva Raquel Mesquita Henriques da et al . Implantação de um centro na área das violências doméstica e sexual em Campos dos Goytacazes, Rio de Janeiro, 2009-2012. *Epidemiol. Serv. Saúde* [Internet]. 2015 Dec [cited 2019 Jan 27]; 24(4): 771-776.

13. Querino MS, Almeida SS, Oliveira SCS, Moraes-Filho IM. Ações da equipe de enfermagem na implementação da política de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais- revisão de literatura. *Rev. Cient. Sena Aires*. 2017; 6(1): 46-58.

**Autor de Correspondência**

Iel Marciano de Moraes Filho  
Universidade Paulista, Departamento de  
Enfermagem. Quadra 913, Bloco B - Asa Sul. CEP:  
70390-130. Brasília, Distrito Federal, Brazil.

E-mail: [ielfilho@yahoo.com.br](mailto:ielfilho@yahoo.com.br)

# Espiritualidade Dirigida ao Ensino de Enfermagem da Residência em Saúde Mental e Psiquiatria

## Spirituality for Teaching Residence in Mental Health and Psychiatry

Luana Prado Figueredo<sup>1</sup>, Alexandre de Carvalho Junior<sup>2</sup>, Júlia Carolina de Matos Cerione Silva<sup>3</sup>, José Gilberto Prates<sup>4</sup>,  
Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira<sup>5</sup>

### Como citar:

Figueredo LP, Junior AC, Silva JCMC, Prates JG, Oliveira MAF. Espiritualidade Dirigida ao Ensino de Enfermagem da Residência em Saúde Mental e Psiquiatria. REVISA. 2019; 8(3): 246-54. Doi: <https://doi.org/10.36239/revisa.v8.n3.p246a254>

# REVISA

1. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e Universidade Anhembi Morumbi, São Paulo, SP, Brasil.
2. Servidor Público Municipal de São Paulo, SP, Brasil.
3. Faculdade de Ciências Sociais e Agrárias de Itapeva, Itapeva, SP, Brasil.
4. Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil.
5. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

Recebido: 10/04/2019  
Aprovado: 10/06/2019

### RESUMO

**Objetivo:** identificar a percepção dos discentes da disciplina de Espiritualidade aplicada à Enfermagem na residência de enfermagem em saúde mental e psiquiatria. **Método:** estudo descritivo-exploratório com abordagem quantitativa. A auto percepção foi medida em dois momentos, pré e pós conteúdo temático da disciplina “Espiritualidade e Religiosidade (E-R) aplicado a Enfermagem” a técnica das nuvens de palavras para análise das informações. **Resultados:** das onze discentes do sexo feminino, com idade de 27 anos (média), seis referiram ter orientação religiosa, citando o catolicismo, protestantismo, espiritismo e o sincretismo religioso, praticando além da religiosidade organizacional a não organizacional, por meio de jejum, oração, leitura das escrituras e livros religiosos, meditação e contemplação. Quanto aos significados à E-R, os mais representativos à primeira foram: algo interno, amor e autoconhecimento, e a segunda crença, dogma e oração. A partir da experiência de aprendizado nesta disciplina, a auto percepção acerca das competências ao cuidado espiritual em enfermagem demonstrou-se mais elevadas, de 37,7 para 68,8 no score total. **Conclusão:** a disciplina proporcionou um espaço dialético para um processo de ensino aprendizagem direcionado às competências ao cuidado espiritual; auxiliando em reflexões e mudanças no perfil para auto percepção acerca da E-R e suas práticas integrativas em enfermagem.

**Descritores:** Espiritualidade; Religiosidade; Enfermeiro; Educação em Enfermagem; Ensino

### ABSTRACT

**Objective:** to identify the perception of students of the discipline of Spirituality applied to Nursing in nursing residence in mental health and psychiatry. **Method:** descriptive-exploratory study with quantitative approach. Self-perception was measured in two moments, pre and post thematic content of the discipline “Spirituality and Religiosity (R-R) applied to Nursing” the word cloud technique for information analysis. **Results:** of the eleven female students, aged 27 years (average), six reported having religious orientation, citing Catholicism, Protestantism, spiritualism and religious syncretism, practicing in addition to organizational to non-organizational religions, through fasting, prayer, scripture reading and religious books, meditation and contemplation. As for the meanings to E-R, the most representative of the first were: something internal, love and self-knowledge, and the second belief, dogma and prayer. From the experience of learning in this discipline, self-perception about the competences to spiritual care in nursing was higher, from 37.7 to 68.8 in the total score. **Conclusion:** the discipline provided a dialectical space for a teaching-learning process directed to the skills of spiritual care; assisting in reflections and changes in the profile for self-perception about the E-R and its integrative nursing practices.

**Descriptors:** Spirituality; Religiosity; Nurse; Education, Nursing, Teaching.

ORIGINAL

## Introdução

A importância da espiritualidade e religiosidade nas práticas de assistência à saúde tem sido investigada mundialmente. A Organização Mundial de Saúde (OMS), refletindo o conceito de saúde na integralidade do ser humano, passou a incluir espiritualidade como elemento fundamental juntamente com o bem-estar físico, mental e social.<sup>1-2</sup>

Na última década, houve expressivo movimento científico de pesquisadores das áreas das ciências da saúde e sociais investigando a influência da espiritualidade e religiosidade na qualidade de vida das pessoas. Os resultados mostram íntima relação e necessidade de aprimoramento por parte dos profissionais da saúde, especialmente os enfermeiros que se relacionam de maneira mais íntima na companhia dos enfermos.<sup>3-4</sup>

O entendimento do cuidado espiritual é uma forma de compreensão, para os enfermeiros, acerca do enfrentamento das doenças pelos seus clientes. No entanto, os esforços e investimentos na relação de cuidado estão direcionados às medidas intervencionistas e tecnológicas voltadas à saúde. Assim, com o foco na gestão de tecnologias e custos para atenção à saúde, o cuidado integral se tornou um grande desafio a ser implementado.<sup>5-6</sup>

Como os enfermeiros despendem de mais tempo com pacientes sob cuidados diretos do que qualquer outro prestador de cuidados de saúde no ambiente hospitalar, os enfermeiros têm a responsabilidade profissional de cuidar das necessidades espirituais dos pacientes. Ainda assim, muitos enfermeiros não estão vivenciando essa prática por relatarem barreiras como: sentirem-se desconfortáveis ao discutir o cuidado espiritual, além de estarem despreparados para conhecer sua própria espiritualidade; e identificarem a necessidade espiritual do paciente e família para, então, implementarem o cuidado de enfermagem de maneira integral e holística.<sup>7-11</sup>

Diante do exposto, este estudo objetivou identificar a percepção dos discentes da disciplina de Espiritualidade aplicada à Enfermagem na residência de enfermagem em saúde mental e psiquiatria.

## Método

Trata-se de um estudo quantitativo, exploratório e descritivo que transcorreu no segundo semestre de 2018 durante a disciplina de Espiritualidade aplicada à enfermagem, com carga horária de 20h, da Residência de Enfermagem em Saúde Mental, pertencente ao Instituto de Psiquiatria do Hospital das clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade São Paulo (IPq – HCFMUSP). O processo ensino aprendizagem, teórico e prático, foi permeado pelo conteúdo temático abarcado por conceitos de espiritualidade e religiosidade, religiões, teorias de enfermagem, sistematização da assistência e processo de enfermagem, diretrizes do sistema único de saúde e direitos dos usuários dos serviços de saúde acerca da integralidade do cuidado (incluindo a dimensão espiritual). As atividades práticas foram contempladas por estudos de casos e processos de enfermagem em relação à espiritualidade e saúde, inserido no contexto da prática clínica dos discentes da residência em saúde mental, e visitas à líderes sacerdotais de diferentes afiliações religiosas a fim de promover diálogos norteados pela problematização: “De que maneira a

religião e o papel do líder religioso podem auxiliar e se fazerem presentes aos seus seguidores que estão em tratamentos de saúde mental?”.

Para coleta de dados, foi utilizado um instrumento constituído dos componentes *Demográficos*, incluindo sexo e idade; *Espirituais e Religiosos*, relacionado ao significado atribuído para espiritualidade e religiosidade, crenças e práticas espirituais e/ou religiosas; e *Auto percepção para competência espiritual e religiosa*, envolvendo o conhecimento, a habilidade e a ação auto percebida acerca de espiritualidade e religiosidade aplicada ao exercício profissional.

Cada participante expressou o(s) significado(s) que lhe(s) agregassem sentidos aos conceitos por meio de uma ou mais palavras/expressões descritas em cartões e agrupadas em nuvens de palavras. Esta estratégia didática foi realizada no primeiro e último de dia de aula da disciplina a fim de promover um espaço reflexivo e dialético acerca da inerência da temática em relação ao exercício profissional do enfermeiro. A coleta de dados foi realizada no segundo semestre letivo do ano de 2018, com assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido conforme aprovação dos Comitês de Ética e Pesquisa da Escola de Enfermagem e Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, mediante CAAE: 01855718.6.0000.5392, recebendo pareceres favoráveis. Os dados foram operacionalizados no Programa Excel, sendo analisados e ilustrados descritivamente.

## Resultados

Foi obtido um quantitativo de 11 participantes do sexo feminino, com média etária de 27 anos, todas cursando as disciplinas do 1º ano letivo da residência de enfermagem em saúde mental.

Quanto à orientação espiritual ou religiosa, seis discentes referiram ter filiação religiosa, dentre as quais: a católica, a protestante, a espírita e o sincretismo religioso, com prática da religiosidade organizacional (pública, social, institucional). As demais sem adesão religiosa organizacional afirmaram acreditar em Deus e viver uma religiosidade intrínseca por meio de práticas como: o jejum, a oração, a meditação, a contemplação, a leitura das escrituras e aos diversos livros religiosos. Do total, apenas uma citou ser agnóstica.

Ao aproximá-los da temática, o grupo foi indagado acerca dos significados auto atribuídos para espiritualidade e religiosidade de acordo com às suas percepções e experiências de vida. No início da discussão, todos os participantes afirmaram ser “algo interno” e “importante” para vida e profissão respectivamente, porém de difícil explicação. Com isso, observou-se um ambiente acessível para proceder a um diálogo de forma mais profunda e reflexiva, favorecendo esclarecimentos e coerência entre o sentido da discussão e o assunto contemplado para a disciplina.

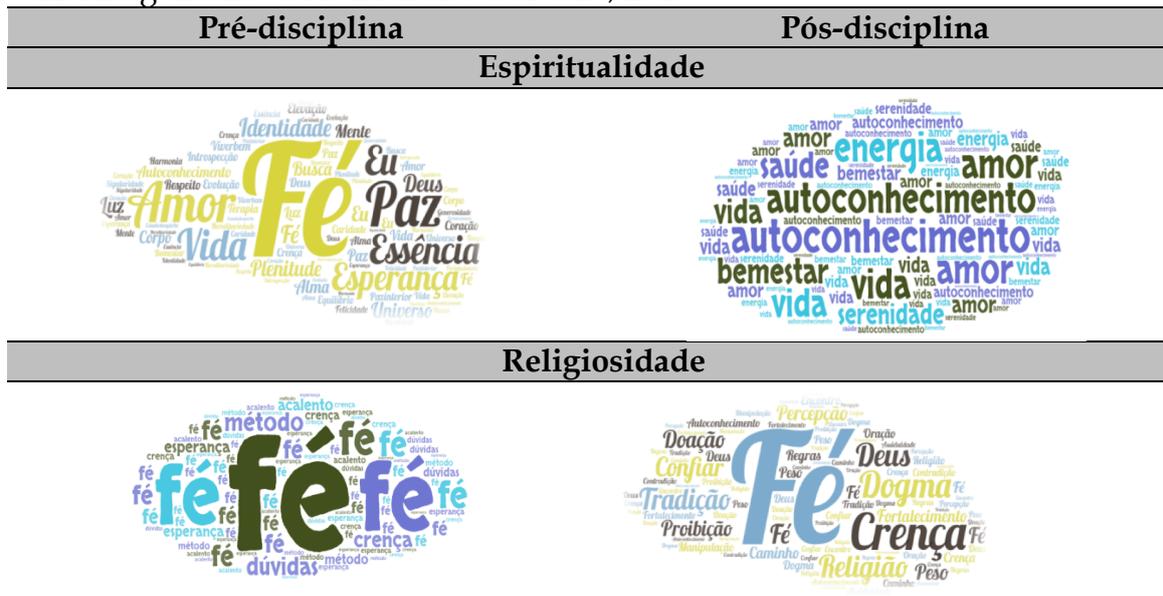
As diferentes definições atribuídas para os significados de espiritualidade e religiosidade, segundo os discentes da residência, podem ser observadas na Tabela 1. Para refletir melhor a mudança na percepção dos discentes após a disciplina oferecida, as informações foram dispostas por meio do método de nuvem de palavras (Tabela 2).

**Tabela 1.** Definições para os significados de espiritualidade e religiosidade, segundo os discentes da residência de enfermagem em saúde mental . São Paulo, 2019.

Pré-disciplina	Pós-disciplina
<b>Espiritualidade</b>	
Amor, autoconhecimento, bem estar, busca de sentido, caridade, coração corpo, mente, alma, crença em algo maior, Deus, elevação, energia, equilíbrio interno com o externo, esperança, essência humana, plenitude, eu interior, importante, fé, felicidade, fortalecimento, generosidade, harmonia, hereditariedade, identidade, introspecção, luz, paz interior, respeito, saúde, sentido, serenidade, singularidade, terapia, universo, vida, viver bem, singularidade, terapia, universo, vida, viver bem	Amor, auto conhecimento, bem estar, energia, respeito, saúde, sentido, serenidade
<b>Religiosidade</b>	
Assiduidade, autoconhecimento, caminho, confiança, contradição, crença, Deus, doação, dogma, encontro, esperança, fé, fortalecimento, manipulação, oração, percepção, pesar, proibição, regras, religião, tradição.	Acalento, assiduidade, caminho, crença, dogma, dúvidas, esperança, fé, método, oração, religião, tradição.

(\*) Cada discente pôde atribuir mais de uma definição para os significados

**Tabela 2-** Nuvem de palavras para os significados de espiritualidade e religiosidade, respectivamente, segundo os discentes da residência de enfermagem em saúde mental. São Paulo, 2019.



Na avaliação acerca da auto percepção para competência relacionada à espiritualidade e religiosidade (Tabela 3) na assistência de enfermagem, essa foi dividida em três categorias -conhecimento, habilidade e atitude/

comportamento- para estratificar as diferentes competências diante do processo de ensino aprendizagem realizado na disciplina oferecida.

Nota-se que, nas três categorias da avaliação, a pontuação dos escores sofreram alteração positiva, refletindo um impacto frente à aquisição do conteúdo apresentado e à retenção do aprendizado. Neste enfoque, a interação com os conceitos de espiritualidade e religiosidade, assim como suas relações com as atribuições da enfermagem, abarcam fatores de relevância para a saúde, o cuidado e a gestão da profissão de forma holística.

Quando questionados acerca dos momentos estudantis sobre esta abordagem, todos os participantes referiram não lembrar exatamente, contudo, reforçaram unanimemente que essa foi superficial, não recebendo destaque para as discussões de aprendizado. Ainda assim, demonstram compreender que a Espiritualidade é um componente presente e observado nos pacientes, independentemente das diferentes prioridades terapêuticas requeridas.

**Tabela 3-** Auto percepção acerca da competência à espiritualidade e religiosidade. São Paulo, 2019

Competência à Espiritualidade e Religiosidade	Disciplina					
	Auto Percepção	1º dia aula			10º dia aula	
Conhecimento	Escore da Auto Percepção					
	Média	Mín	Máx	Média	Mín	Máx
Conceitos de Espiritualidade e Religiosidade	4,5	1	5	8,3	7	9,5
Crenças nas diferentes populações	3,7	1	7	7,9	5	9
Próprias crenças e suas influências para vida pessoal e profissional	5	1	10	8,7	8	10
Habilidade	Média	Mín	Máx	Média	Mín	Máx
Conversar com o paciente acerca das necessidades espirituais e religiosas e do apoio de um líder/representante religioso	3,7	1	5	8,3	6	9
Realizar anamnese (história) espiritual e religiosa do paciente	2,8	1	5	7,7	5	10
Atitude/Comportamento	Média	Mín	Máx	Média	Mín	Máx
Vivenciar práticas espirituais - religiosas e refletir como podem interferir no cuidado ao paciente	6,2	3	8	9,5	9	10
Respeito a diversidade e experiências espirituais - religiosas expressar pelos pacientes	8,5	7	10	9,7	9	10
Realizar o processo de enfermagem e a sistematização da assistência de enfermagem à luz da Espiritualidade - Religiosidade	3,3	1	7	8,7	8	9

Avaliação da auto percepção: variação do escore de 01-10

## Discussão

O tema espiritualidade e religiosidade, embora ainda não tenha se consolidado como disciplina acadêmica na maioria das universidades, têm sido mais presentes ao longo dos anos nas interfaces disciplinares e promovido espaços dialéticos para expansão de consciência em consonância ao fenômeno saúde. Todavia, esse cenário de aprendizagem é melhor elucidado no ensino prático do que no teórico durante a graduação.<sup>12-13</sup> Assemelhando-se aos achados do presente estudo, os autores demonstram que os enfermeiros referem sentir-se despreparado em relação ao cuidado espiritual e depararam-se com a experiência que exige a abordagem espiritual e religiosa demandada pelo paciente. Nesse sentido, compreendem que a prática profissional, permeada pelo relacionamento interpessoal, é que os prepara para lidar com as questões espirituais, enfatizando que este é um assunto insuficiente na formação acadêmica.<sup>9,12-13</sup>

No entanto, os alunos expressam preocupações atreladas à prestação de cuidados espirituais devido ao conhecimento e habilidade insuficientes para tal abordagem, assim como medo e incerteza de como conduzir tal apoio e cuidado.<sup>12</sup> As preocupações se justificam pelo fato de muitos pacientes considerarem relevante a abordagem do significado da espiritualidade e religiosidade para a saúde, pois a relação com as mesmas reafirmam o sentido da vida e o enfrentamento diante dos desafios existentes.<sup>9</sup> Além disso, para atendê-los, é fulcral estar preparado, tanto no que tange o conhecimento, como no que se refere às habilidades sensíveis requeridas para o cuidado espiritual. Portanto, é importante a inclusão de disciplinas que abordem essa temática na construção de saberes à prática clínica.

Lenne e Pugina, ao avaliarem a relação entre a espiritualidade dos enfermeiros em relação ao cuidado prestado, verificou a impossibilidade de dissociação entre o eu pessoal e o eu profissional. Portanto, o cuidado espiritual leva em conta a experiência pessoal do indivíduo.<sup>13</sup>

A variação positiva de pontuação do escore da avaliação de auto percepção em todas as suas categorias reflete a carência que muitos estudantes apresentam ao se relacionar com o tema da espiritualidade no contexto do cuidado em saúde. Estudos revelam que os alunos expressam falta de conhecimento sobre espiritualidade<sup>14</sup>, por outro lado muitos autores afirmam que já existem diferentes maneiras pelas quais os estudantes de enfermagem podem aprender e entender espiritualidade<sup>15-18</sup>, como análise de estudos de caso, exercício auto reflexivos sobre espiritualidade pessoal e práticas de enfermagem, seminários em grupo entre outros.<sup>16</sup> De fato, ainda existem desafios a serem conquistados no ensino, tanto o conhecimento de conceitos de espiritualidade<sup>14</sup>, quanto a habilidade em aplicá-los na prática clínica,<sup>19-20</sup> são aspectos importantes para sustentação ao profissional no atendimento integral ao paciente.

Segundo Giske, estudantes que são autoconscientes dos aspectos que permeiam a dimensão espiritual, se descobriram melhor não apenas em fornecer o cuidado espiritual que os pacientes necessitavam, mas também eram mais respeitosos na relação interpessoal enfermeiro-paciente. Esse dado em particular, mostra como a espiritualidade transcende o mérito de uma

disciplina acadêmica, e passa a ser incorporado como um comportamento que afeta diretamente na qualidade da assistência à saúde. Sem um respaldo científico em relação ao cuidado espiritual, os alunos tendem a negligenciar esse aspecto importante do cuidado holístico, o que leva os pacientes a perder a oportunidade de receber um atendimento integral e completo.<sup>12</sup>

Nardi e colaboradores indicam que estudantes que prestam cuidado a saúde precisam receber educação de cuidado espiritual para prepará-los melhor durante a assistência.<sup>21</sup> Ainda, para os estudantes que tiveram acesso ao conhecimento do cuidado espiritual, notou-se um impacto positivo quando esse ensinamento foi implementado no ambiente clínico.<sup>22-24</sup> No entanto, a maioria desses estudos utilizou amostras pequenas e desenhos não experimentais que podem influenciar a confiabilidade dos resultados.

Para evitar que o método de ensino ao cuidado espiritual tenha um impacto negativo, os alunos podem aprender a relação da ética associada à implementação do cuidado espiritual.<sup>25</sup> Outro aspecto importante do cuidado espiritual é a sua interação com a cultura, pois a espiritualidade pode produzir diversas perspectivas que se manifestam de forma diferente para cada indivíduo.<sup>26</sup> Sendo assim, o conhecimento de diferentes culturas, afiliações religiosas, costumes e hábitos pode contribuir para uma assistência humanizada e integral.

## Conclusão

O cuidado integral em saúde que considera uma abordagem mais humanizada e holística já é uma realidade em alguns centros em todo o mundo, no entanto, quando se avalia o nível de conhecimento de estudantes na área da saúde sob a temática que envolva as dimensões subjetivas do ser humano, dentre elas a espiritualidade e religiosidade, observa-se uma grande distância entre suas competências técnicas e sua aplicação assistencial.

A inclusão do ensino em espiritualidade e religiosidade ainda encontra muitos desafios em sua incorporação no ambiente educacional. Iniciar a introduzir suas competências e promover um diálogo entre as esferas pedagógicas e as de cuidado em saúde, especialmente a de enfermagem, é um começo para se pensar em propostas no que diz respeito a projetos de implementação e estratégias de políticas públicas voltadas ao atendimento populacional.

## Referências

1. Volcan SMA, Sousa PLR, Mari JJ, Horta BL. Relação entre bem-estar espiritual e transtornos psiquiátricos menores: estudo transversal. *Rev de Saúde Pública.* 2003;37(4):440-45. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102003000400008>
2. Dezorzi LW, Crossetti MGO. A espiritualidade no cuidado de si para os profissionais de enfermagem em terapia intensiva. *Rev Latino-am Enfermagem.* 2008;16(2):212-7. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692008000200007>.
3. Sá AC. Reflexão sobre o cuidar em enfermagem: uma visão do ponto de vista da espiritualidade humana e da atitude crística. *O Mundo da Saúde.* 2009;33(2):205-17.

4. Leeuwen RV, Tiesinga LJ, Post D, Jochemsen H. Spiritual care: implications for nurses' professional responsibility. *J Clin Nurs.* 2006;15(7):875-84. DOI: <https://doi.org/10.1007/978-3-030-04420-6>.
5. Hubbell SL, Woodard EK, Barksdale-Brown DJ, Parker JS. Spiritual care practices of nurse practitioners in federally designated non metropolitan areas of North Carolina. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners.* 2006;(18):379-85. DOI: DOI:10.1111/j.1745-7599.2006.00151.x.
6. Meehan TC. Spirituality and spiritual care from a careful nursing perspective. *Journal of Nursing Management.* 2012;(20):990-1001. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2834.2012.01462.x>.
7. Giske T, Cone PH. Opening up to learning spiritual care of patients: A grounded theory study of nursing students. *Journal of Clinical Nursing.* 2012;(21):2006-15. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.04054.x>.
8. Balboni MJ, Sullivan A, Enzinger AC, et al. Nurse and physician barriers to spiritual care provision at the end of life. *Journal of Pain and Symptom Management.* 2014;(48):400-10. DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2013.09.020.
9. Henz KG, Nascimento FR, Silva LHR, Nunes RC, Águas JVA, Borges CG, et al. Liga acadêmica de saúde e espiritualidade - LIASE. 2018 [Capítulo de Livro]:56-64. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/175031/001064187.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
10. Pittroff GE. The humbled expert: An exploration of spiritual care expertise. *Journal of Christian Nursing.* 2013;(30):164-69.
11. Timmins F, Neill F, Griffin MQ, Kelly J, De La Cruz E. Spiritual dimensions of care: Developing an educational package for hospital nurses in the Republic of Ireland. *Holistic Nursing Practice.* 2014;(28):106-23. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/HNP.0000000000000015>.
12. Booth L, Kaylor S. Teaching Spiritual Care Within Nursing Education. A Holistic Approach. *Holistic Nursing Practice.* 2018;32(4):177-181. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/HNP.0000000000000271>.
13. Ienne A, Fernandes R A Q, Puggina A C. A espiritualidade de enfermeiros assistenciais interfere no registro do diagnóstico sofrimento espiritual? *Esc. Anna Nery.* 2018;22(1):e20170082. DOI: 10.1590/2177-9465-ean-2017-0082.
14. Giske T. How undergraduate nursing students learn to care for patients spiritually in clinical studies - a review of literature. *J Nurs Manag.* 2012;20(8):1049-57. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/jonm.12019>.
15. Rankin EA, DeLashmutt MB. Finding spirituality and nursing presence: the student's challenge. *J Holist Nurs.* 2006;24(4):282-88. DOI: <http://dx.doi.org/10.1177/0898010106294423>.
16. Baldacchino DR. Teaching on the spiritual dimension in care to undergraduate nursing students: the content and teaching methods. *Nurse Educ Today.* 2008;28(5):550-62.
17. Costello M, Atinaja-Faller J, Hedberg M. The use of simulation to instruct students on the provision of spiritual care: a pilot study. *J Holist Nurs.* 2012;30(4):277-281. DOI: <http://dx.doi.org/10.1177/0898010112453330>.
18. Lovanio K, Wallace M. Promoting spiritual knowledge and attitudes: a student nurse education project. *Holist Nurs Pract.* 2007;21(1):42-7.
19. Giske T, Cone PH. Opening up to learning spiritual care of patients: a grounded theory study of nursing students. *J Clin Nurs.* 2012;21(13/14):2006-

15. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-202.2011.04054.x>.
20. Giske T, Cone PH. Discerning the healing path—how nurses assist patient spirituality in diverse health care settings. *J Clin Nurs*. 2015;24(19/20):2926-35. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/jocn.12907>.
21. Nardi D, Rooda L. Spirituality-based nursing practice by nursing students: an exploratory study. *Journal of Professional Nursing*. 2011;27(4):255-63. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.profnurs.2011.03.006>.
22. Lovanio K, Wallace M. Promoting spiritual knowledge and attitudes: a student nurse education project. *Holistic Nursing Practice*. 2007;21(1):42-7.
23. Leeuwen RV, Tiesinga LJ, Jochemsen H, Post D. Learning effects of thematic peer-review: a qualitative analysis of reflective journals on spiritual care. *Nurse Education Today*. 2009;29(4):413-22. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2008.10.003>.
24. Wallace M, Campbell S, Grossman SC, Shea JM, Lange JW, Quell TT. Integrating spirituality into undergraduate nursing curricula. *International Journal of Nursing Education Scholarship*. 2008;5(1):1-13. DOI: <http://dx.doi.org/10.12691/education-3-3-6>.
25. McSherry W, Gretton M, Draper P, Watson R. The ethical basis of teaching spirituality and spiritual care: a survey of student nurses perceptions. *Nurse Education Today*. 2008;28(8):1002-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2008.05.013>.
26. Tiew LH, Creedy DK. Integration of spirituality in nursing practice: a literature review. *Singapore Nursing Journal*. 2010;37(1):15-22. DOI: <http://dx.doi.org/10.21767/2574-2825.100012>

**Autor correspondente:**

Luana Prado Figueredo.  
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo  
Rua Oswaldo Diniz, 125. CEP: 04815-330. Jd. Satélite.  
São Paulo, SP, Brasil.  
[luanapra@alumni.usp.br](mailto:luanapra@alumni.usp.br)

# Conhecimento sobre triagem neonatal: discursos de mães e pais de recém-nascidos

## Knowledge about neonatal screening: discourses of newborns' mothers and fathers

Ana Paula Sena Da Silva Gomes<sup>1</sup>, Anderson Reis de Sousa<sup>2</sup>, Núbia Cristina Rocha Passos<sup>3</sup>, Thiago da Silva Santana<sup>4</sup>, Clivesson Rodrigues do Rosário<sup>5</sup>

### Como citar:

Gomes APS, Sousa AR, Passos NCR, Santana TS, Rosário CR. Conhecimento sobre triagem neonatal: discursos de mães e pais de recém-nascidos. REVISA. 2019; 8(3): 255-63. Doi: <https://doi.org/10.36239/revisa.v8.n3.p255a263>

# REVISA

1. Faculdade Maria Milza, Gov. Mangabeira, Bahia, Brasil.
2. Universidade Federal da Bahia, Escola de Enfermagem, Salvador, Bahia, Brasil.
3. Faculdade Maria Milza, Gov. Mangabeira, Bahia, Brasil.
4. Universidade Estadual de Feira de Santana, Bahia, Brasil.
5. Universidade Federal da Bahia, Escola de Enfermagem, Salvador, Bahia, Brasil.

Recebido: 10/04/2019  
Aprovado: 10/06/2019

### RESUMO

**Objetivo:** descrever o discurso de pais e mães sobre as concepções e o conhecimento sobre triagem neonatal. **Método:** Estudo descritivo, qualitativo, realizado com 18 mães e dois pais em três Unidades de Saúde da Família (USF), do município de São Felipe, Bahia. Participaram do estudo, 18 mães e 02 pais de recém-nascidos acompanhados no Programa de Crescimento e Desenvolvimento da Criança e do Adolescente. Realizou-se entrevista individual em profundidade, e a análise dos dados por meio método do Discurso do Sujeito Coletivo. **Resultados:** As mães e pais compreendem a finalidade do teste do pezinho, tiveram acesso ao conhecimento sobre triagem neonatal, evidenciando potencialidades no processo de aprendizagem e educação para a saúde, mediante a variadas fontes, com destaque para a atuação profissional da enfermeira na atenção ao pré-natal e fragilidades quanto às doenças detectadas na triagem. **Conclusão:** O conhecimento de mães e pais sobre a triagem neonatal está direcionado à finalidade, procedimento, potencializado pela assistência pré-natal, amigos e pela mídia, em espaços como a Atenção Básica, hospitalar e ao convívio social no direcionamento ao processo educativo e cuidativo desse público alvo.

**Descritores:** Triagem Neonatal; Saúde do Homem; Saúde da Mulher; Assistência de Enfermagem.

### ABSTRACT

**Objective:** To describe the discourse of fathers and mothers about the conceptions and knowledge about neonatal screening. **Method:** Descriptive, qualitative study, conducted with 18 mothers and two fathers in three Family Health Units (FHU), in the municipality of São Felipe, Bahia. Eighteen mothers and two fathers of newborns followed in the Child and Adolescent Growth and Development Program participated in the study. In-depth individual interviews were conducted and data were analyzed using the Collective Subject Discourse method. **Results:** Mothers and fathers understand the purpose of the foot test, had access to knowledge about neonatal screening, highlighting potentialities in the process of learning and health education, through various sources, highlighting the professional performance of nurses in the care of the child. Prenatal care and weaknesses regarding the diseases detected in the screening. **Conclusion:** The knowledge of mothers and fathers about newborn screening is directed to the purpose, procedure, enhanced by prenatal care, friends and the media, in spaces such as Primary Care, hospital and social life in the direction of the educational and care process. this target audience.

**Descriptors:** Neonatal Screening; Men's Health; Women's Health; Nursing care.

ORIGINAL

## Introdução

As doenças congênitas são caracterizadas por anormalidades na estrutura ou função de órgãos, sistemas completos ou parte destes sistemas, logo, podem estar presentes antes do nascimento ou no primeiro mês de vida, sendo usualmente conhecidas por anomalias ou malformações congênitas.<sup>1</sup>

Deste modo, quando as malformações não são visíveis nos exames realizados no pré-natal, podem ser descobertas através do teste do pezinho ou testes de *screening*, através da triagem neonatal, método pelo qual é colhida uma gota de sangue do calcanhar do bebê, normalmente entre o quarto e o sétimo dia de vida, denotando a importância das consultas de pré-natal.<sup>2</sup>

Na Atenção Básica de Saúde (ABS) à assistência ao pré-natal está em crescente evidência, visto os benefícios ocasionados à saúde materno-infantil, pois, o pré-natal se estende até o puerpério, sendo ferramenta imprescindível na detecção e busca ativa por patologias congênitas, através da triagem neonatal.<sup>3</sup>

Assim, o pré-natal é importante para detecção de patologias congênitas, pois, contribui para o monitoramento e tratamento da doença, possibilitando melhorias na qualidade de vida das crianças. É através das ações do Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN) que alterações são detectadas e tratadas a tempo, evitando-se problemas para a saúde do recém-nascido.<sup>4</sup>

Desse modo, o PNTN tem como objetivo garantir a todos os nascidos vivos a busca ativa de casos suspeitos, bem como a confirmação diagnóstica, o acompanhamento, a busca pelo adequado tratamento dos pacientes identificados com tais patologias. Visa ainda à criação de um sistema de informações que permitirá cadastrar todos os pacientes num Banco de Dados Nacional.<sup>5</sup>

Para que haja acompanhamento dos pacientes nos Serviços de Referência em Triagem Neonatal (SRTN) é necessário que cada município tenha uma instituição estadual de Referência para triagem destes pacientes<sup>6</sup>. Na Bahia, local de investigação deste estudo, estes pacientes são monitorizados pela Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais de Salvador (APAE), localizada na cidade de Salvador.

As mães e os pais, muitas vezes desconhecem sobre as patologias que podem ser detectadas com a triagem neonatal e não dão tanta importância ao exame. Porém, quando o diagnóstico da triagem neonatal é positivo, muitas vezes, estes apresentam tensões que são intensificadas pelo desconhecimento, e/ou pelo conhecimento tardio. A ampliação do conhecimento direcionado a esta problemática, deverá incluir não somente os procedimentos aos quais os filhos (as) serão submetidos (as), assim como a razão para a realização de cada processo e suas respectivas consequências, caso desejem executá-los.<sup>7</sup>

Considerando a possibilidade e a manutenção da ocorrência de desconhecimentos frente a triagem neonatal e reconhecendo a necessidade da superação deste cenário, torna-se imprescindível que equipes de saúde estejam engajadas e promovam intervenções regulamentadas pelo PNTN. Tal ação é adotada como forma de evitar o aparecimento de doenças que possam comprometer a qualidade de vida do (a) recém-nascido (a) e de sua família, garantindo assistência integral aos atores deste processo.

Importa destacar, que especificamente em relação aos pais, dada a observação da discreta participação e do envolvimento destes no cuidado

dispensado às crianças em seus primeiros dias de vida, tais como do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, no ano de 2009, foi implantada no Brasil, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem.<sup>8</sup> Sobre esta nuance, mais recentemente no ano de 2012, avançou-se na estruturação de novos eixos de atenção, nos quais incluem a paternidade e cuidado, como forma de potencializar as ações direcionadas ao cuidado paterno, a exemplo das estratégias de criação do pré-natal masculino.<sup>9</sup> A realização de ações como estas também se soma às iniciativas internacionais, que chamam a atenção para a inclusão ativa dos homens nesse processo cuidativo.<sup>10,11</sup>

Afim de investigar cientificamente este cenário, buscou-se responder neste estudo, o problema de pesquisa: Como se configura a concepção e o conhecimento de pais e mães sobre a triagem neonatal, a partir do discurso coletivo? Dessa maneira, este artigo tem como objetivo de descrever o discurso de pais e mães sobre as concepções e o conhecimento sobre triagem neonatal.

## Método

Estudo descritivo, qualitativo, realizado em três Unidades de Saúde da Família (USF), situadas na zona urbana do município de São Felipe, Bahia, Brasil. Participaram da pesquisa, 18 mães e dois pais de recém-nascidos, acompanhadas pelo Programa de Crescimento e Desenvolvimento da Criança e do Adolescente, cadastradas na USF, vinculada à Estratégia de Saúde da Família do território, que aguardavam por atendimento de puericultura, sendo estas (es) jovens, de raça/cor autorreferida parda, de classe social baixa e com vivência de primeira gestação.

Para coleta de dados, realizou-se a aplicação de um instrumento, composto por questões objetivas, para fins de caracterização sociodemográficas, e de um roteiro de questões abertas, como forma de apreender os discursos coletivos. A definição da amostra, se deu a partir da saturação dos dados empíricas desveladas durante o processo de coleta.

Realizou-se entrevistas individuais em profundidade, realizada nas instalações das unidades de saúde, em ambiente reservado, preservado a manutenção do sigilo, anonimato e respeitando as recomendações éticas. Previamente foram apresentados os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido, que foram lidos, aplicados e mediante a anuência, foram assinados. Para garantia da qualidade e segurança, o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, sob o parecer de número: 1.787298.

A fim de garantir o anonimato, os (as) participantes, foram identificadas com codinomes, sendo utilizado a letra M de mãe e P de pai, seguido do número de ordem de realização da entrevista, a exemplo de M1, Me, P1, P2 e subsequente.

A organização e sistematização dos dados coletados foram realizadas com o apoio do software NVIVO 10, sendo seguidas as recomendações do *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ)*, com forma de garantir rigor metodológico ao estudo.

A análise foi realizada através do método Discurso do Sujeito Coletivo, proposto por Lefèvre e Lefèvre, 2005<sup>12</sup>. Este método encontra-se fundado na Teoria das Representações Sociais, e por meio da seleção de respostas

individuais, desvela-se Expressões Chaves, Ideias Centrais e Ancoragens, para a configuração de um Discurso Coletivo Síntese, que representa o pensamento de um grupo ou coletividade.

## Resultados

Os resultados do estudo, estão apresentados através dos Discursos Coletivos, expressos na Ideia Central Síntese 1, que se refere à compreensão e acesso ao conhecimento por mães e pais de crianças recém-nascidas, sobre o teste do pezinho e triagem neonatal, descritas nas subcategorias, identificadas pelas Ideias Centrais Síntese 1A, 1B, e 1C, respectivamente.

### **Ideia central síntese1: compreensão e acesso ao conhecimento por mães e pais de crianças recém-nascidas, sobre o teste do pezinho e triagem neonatal**

Esta categoria apresenta a compreensão e acesso ao conhecimento por mães e pais de crianças recém-nascidas, sobre o teste do pezinho e triagem neonatal, expressos nos Discursos a seguir:

#### Ideia Central Síntese 1A: Compreensão sobre o teste do pezinho

O discurso revelou que as mães e pais possuíam compreensão sobre o teste do pezinho, adquiridas em caráter tradicional, realizada pelas profissionais de saúde, com destaque para os da Enfermagem, durante promoção de ações desenvolvidas no período pré-natal, sendo continuada na atenção hospitalar e posteriormente por outras formas de informação, tais como fornecidas por vizinhos e pela mídia:

*Antes eu não sabia o que era, pois não se falava muito nesse assunto, e também não tinha muito enfermeiro como hoje em dia. Hoje já tenho conhecimento de que se trata de um exame, ou teste que faz furando o pé do meu filho, e retira o sangue daquele local, marcando em um cartão. Sei também que através desse exame, chamado de teste, se faz vários outros exames, logo nos primeiros dias de vida da criança, sendo realizado na mesma semana que ela nasce, assim como no caso das primeiras vacinas. Já compreendo que este teste, serve para descobrir se o meu filho tem algumas doenças, como as anemias, que podem se desenvolver ao longo da sua vida. Ouvir falar do teste pela enfermeira antes mesmo de parir, no pré-natal. Quando meu filho nasceu, também me falaram novamente na maternidade, na hora da alta, quando a enfermeira disse para eu ir ao posto fazer o teste do pezinho. Depois de me informar, me deram uma requisição, eu retornei à unidade que fui acompanhada durante a gestação e resolvi tudo com a enfermeira. Além da enfermeira, eu ouvir falar também através da vizinha e pela televisão, principalmente agora com esse tal de Zika. Mesmo furando o pezinho do meu filho, eu sabia que era para o bem dele e fiquei mais tranquila. Foi através desse exame que descobri que meu filho estava com Anemia Falciforme, uma doença que tem tratamento, mas não tem cura. Foi muito triste saber, mas até agora está tudo bem, por isso eu não vacilo com ele. (DSC, M1, M2, M3, M4, M5, M6, M7, M8, M9, M10, M11, P12, M13, M14, M14, M16, M17, M18, M19, M20).*

#### Ideia central síntese 1B: compreensão sobre triagem neonatal

A compreensão das mães e pais sobre a triagem neonatal, no lócus estudado, permitiu identificar através do discurso, que houve compreensão ampliada sobre a triagem, sendo esta compreensão facilitada pela propagação

existente em cenários as salas de espera para consulta do pré-natal, palestras realizadas por enfermeiras, nas maternidades, por profissionais médicos e de Enfermagem e em demais fontes, como nas trocas de informações entre amigos:

*Além do teste do pezinho, eu compreendo que são todos os exames de investigação juntos, que a criança faz quando nasce. Servem para ver se a criança tem alguma doença, ou um problema como anemias, problemas nos olhos, como cegueira, mudez ou surdez. Ouvi falar disso aí nas salas de espera para realização das consultas de pré-natal, nas palestras realizadas pela enfermeira com o grupo de gestantes, na maternidade onde tive meu filho, já na hora da alta, em que uma doutora falou sobre o teste da orelhinha e do olhinho, além da enfermeira na realização da vacinação. Depois também ouvi das minhas amigas, que também me falaram sobre o assunto. Fiz os exames e quando chegaram os resultados a Agente Comunitária de Saúde me avisou lá em casa. (DSC, M1, M2, M3, M4, M5, M6, M7, M8, M9, M10, M11, P12, M13, M14, M14, M16, M17, M18, M19, M20).*

## Discussão

A realização do teste proporcionou a detecção de doenças nas crianças, bem como possibilitou a ampliação do conhecimento acerca do estado de saúde das mesmas, e estreitou a relação de responsabilidade a ser exercida por pais e mães. Desta maneira, percebe-se que os pais e mães estão cada vez mais informados sobre a necessidade de realização do teste do pezinho como um cuidado importante à saúde, pois, trabalha de forma preventiva em relação à aquisição de doenças que podem acometer a saúde das crianças de forma muito agressiva ou até mesmo levá-las à morte.

Já se sabe o tratamento precoce das doenças podem evitar o desenvolvimento de sérias complicações para a criança, sendo assim, as mães e pais e responsáveis estão cada vez mais engajados para realização deste teste, pois, estão sendo orientados quanto à necessidade de tratamento precoce para diminuir as sequelas que podem vir a acometer as crianças ou ainda evitar que a doença atinja níveis desfavoráveis à saúde das crianças.<sup>13</sup>

No entanto, destaca-se que contextos divergentes têm sido identificados, em que resultados não favoráveis foram evidenciados acerca do conhecimento das mães sobre o teste do pezinho. Neste achado, identificou-se que a maioria das mães já tinham escutado falar sobre o teste e achavam importante realizá-los, porém, apesar destes resultados, os dados encontrados comprovaram que estas desconhecem a finalidade e a importância do teste do pezinho, estas, sabiam apenas que fazia bem para a criança, mas não o que o teste evitava.

Tal panorama, reforça a necessidade de fortalecer o intensificar as estratégias de promoção da educação em saúde e do uso das tecnologias como meio para ampliação do conhecimento.<sup>14,15</sup> Além deste aspecto, urge a necessidade de que intervenções com fins nessa abordagem seja realizada pela equipe de Enfermagem, em especial da Enfermagem, destacada no discurso coletivo, por se constituir importante categoria na garantia da execução qualificada da atenção neonatal, tal qual do cuidado direcionado à família.

Observou-se com o discurso que houve por parte das mães e dos pais, mudança de consciência sanitária, atribuída ao advento e expansão da Enfermagem no território estudado. Notou-se ainda, que as práticas desenvolvidas pela enfermeira das unidades de saúde, durante o cuidado individual e coletivo às mães, ainda no pré-natal, têm surtido um efeito benéfico em relação à prevenção e cuidados materno infantil, uma vez que estas

já adentraram ao nível terciário da rede de atenção com um conhecimento ampliado e com o direcionamento de que os exames necessitariam ser realizados.

Neste aspecto, a prática assistencial do enfermeiro na atenção à saúde da criança nas instituições de saúde regidas pelo SUS tem envolvido uma série de estratégias educativas, com enfoque para prevenção de doenças, promoção da saúde, cura e reabilitação, demonstrando que existe uma focalização nas ações que causam maior impacto nos indicadores de morbimortalidade das crianças e nas que influenciam diretamente na qualidade de vida do grupo juvenil.<sup>16</sup>

Sendo assim, a Enfermagem tem garantido seu espaço em meio às ações da Atenção Básica à Saúde, direcionando o foco para à melhoria da qualidade de vida da população, por meio do fortalecimento da atenção pré-natal e da inclusão e o envolvimento da população na produção cuidado ofertada nas unidades.

Notou-se nestes discursos que há conhecimento sobre a técnica de realização e intencionalidade do teste, o que é importante para haja propagação do conhecimento, impactando satisfatoriamente na adesão ao método, por parte de outras famílias, uma vez que a compreensão sobre o método de realização pode levar a uma melhor aceitação familiar em conduzir seus (as) filhos (as) até uma unidade de saúde. Em relação a isto, é preciso informar às mães e os pais, antecipadamente ao parto, sobre como ocorre o procedimento, também, sobre as melhorias no estado de saúde das crianças, pois caso não ocorra desse modo, estas (es) não irão produzir comprometimento em levar seus bebês para que seja feito o teste.<sup>14</sup>

Embora tenham sido analisadas a presença de avanços, o discurso coletivo, revelou que há limitações no que tange a compreensão quanto às doenças que são investigadas, haja vista o grau de ampliação desta cobertura, no entanto as mães e pais desvelaram ter conhecimento dos agravos mais expressivos, o que denota a apreensão dos conhecimentos acessados. Com base nesse achado, ações devem estar mais direcionadas a conduzir o conhecimento ao aprofundamento acerca das doenças que podem ser detectadas previamente, por meio da realização da triagem neonatal.

Por serem pouco frequentes, algumas doenças detectadas a partir da realização da triagem neonatal, muitas dessas podem ser desconhecidas, logo, urge a necessidade de explicar sobre seu alto grau de sintomatologia e de letalidade entre a população.<sup>13</sup> Tal teste ofertado no Sistema Único de Saúde (SUS), brasileiro, é gratuito, e possibilita a detecção do hipotireoidismo congênito, a fenilcetonúria, as hemoglobinopatias, a fibrose cística e a Hiperplasia Adrenal Congênita, doenças graves que podem causar lesões irreversíveis às crianças, a exemplo das deficiências mentais e intelectuais.<sup>13</sup>

A difusão do conhecimento sobre o teste do pezinho, neste estudo, se deu em primeiro plano a partir do trabalho realizado no pré-natal, depois reforçado e continuado na atenção hospitalar, e em segundo plano em demais fontes não tradicionais, como vizinhos, e recurso midiático, com destaque para a divulgação do Zika Vírus.

Desta maneira, percebe-se que os objetivos do SUS estão sendo alcançados através da triagem neonatal, dada a aquisição de conhecimento de fontes que de certo modo fazem conexão com a educação e a comunicação em saúde. Esta abordagem precoce tem sido importante para aumento da

sobrevida da população e diminuindo a ocorrência de doenças letais entre as crianças. Percebe-se através dos discursos que o cuidado integral, que deve ser prestado na área de saúde, tem evoluído de maneira satisfatória, justamente pelo fato de ter demonstrado que as mulheres investigadas percebem a importância de prevenir doenças em sua fase precoce.<sup>14,15</sup>

No pré-natal, por exemplo, são oferecidas medidas para prevenção das doenças neonatais, que são muitos prevalentes em nosso meio e informações que podem ser decisivas na vida das famílias e das crianças são por meio desta assistência, potencializadas.<sup>17</sup> Portanto, a eficácia destes programas tem sido demonstrada até mesmo nas informações prestadas pelos vizinhos às gestantes, quando lhes dão informações de saúde, além do destaque dado à propagação de informações durante as salas de espera e da realização de palestras e grupos da gestação, nas unidades, o que suscita a realização precoce das Consultas de Enfermagem durante o pré-natal.

O discurso sobre o acesso ao conhecimento acerca da triagem neonatal, fortalece a ideia do estabelecimento de uma rede disponível para prestação das informações, tais como as unidades de saúde, salas de espera para as consultas, Agente Comunitário de Saúde, maternidade, dentre outras. Esta rede proporcionou às mães e pais obtenção de informações sobre a problemática.

Importa destacar que embora não sejam um número representativo, dois pais estiveram presentes durante a realização do teste do pezinho, o que demonstra que aos poucos as unidades de saúde estão sendo concebidas por eles, enquanto um espaço de pertença, tal qual a promoção da paternidade cuidadora e responsável. O número discreto do público masculino no cotidiano dos serviços de saúde, deve se tornar uma pauta emergencial no campo da saúde coletiva, tal qual da produção do cuidado em saúde, assim como da Enfermagem, sobretudo por considerar o cenário de morbimortalidade elevada por parte deste público, fortemente associada às construções hegemônicas das masculinidades, assim como do atraso na implementação de políticas públicas que deem conta de reconhecer esses homens enquanto agentes promotores e que necessitam de cuidados em saúde.<sup>18,19,20</sup>

O foco direcionado à paternidade, poderá ser um importante caminho para o fortalecimento da saúde de homens, com expressiva repercussão para a saúde da família e das mulheres. Nesse sentido, ações devem estar engajadas na mudança do panorama da saúde masculina, tornando-se uma questão emergencial e de relevância política, devendo, portanto, ser posta em execução efetiva e real.<sup>20</sup>

## Conclusão

O estudo revelou mediante ao discurso coletivo de mães e pais compreendiam a finalidade do teste do pezinho e triagem neonatal, e tiveram acesso ao conhecimento sobre a problemática. Tal concepção esteve ancorada na condução do processo de produção do cuidado e educação para a saúde desenvolvido no âmbito tradicional, aqueles conferidos pelos profissionais de saúde nos serviços de Atenção Básica, especificamente na Assistência Pré-Natal.

Evidenciou-se que a categoria profissional de Enfermagem obteve destaque quanto à promoção do conhecimento acerca do teste do pezinho e da triagem neonatal, sendo continuada no âmbito hospitalar, com destaque do profissional médico, fonoaudióloga e da enfermeira e acrescida de informações complementares de demais fontes, tais como amigos, vizinhos e da mídia.

A compreensão por parte das mães e pais sobre a triagem neonatal, possibilitou desvelar que houve mudança de consciência sanitária, atribuída ao advento e expansão da atuação em Enfermagem no território, que tem destinado contribuições efetivas para a redução da mortalidade e agravos neonatais, além do cuidado ampliado à saúde da criança.

O estudo limita-se pelo fato de não apresentar número equitativo entre pais e mães dos discursos descritos, mas que ainda assim destaca-se a necessidade da inclusão, haja vista as evidências apresentadas acerca do distanciamento masculino deste contexto de cuidado.

Diante disso, este estudo permitiu descrever a concepção e acesso ao conhecimento de mães e pais sobre o teste do pezinho e triagem neonatal, sendo um importante marcador para sensibilização e informação dos profissionais de saúde, e em destaque os da Enfermagem, para a condução da assistência à saúde direcionada a este público alvo, afim de que estratégias arrojadas sejam planejadas e implementadas junto à comunidade, como forma de garantir a superação das limitações e o desconhecimento quanto ao fenômeno estudado.

No âmbito de conhecimento do teste do pezinho e da triagem, ficou nítido o conhecimento das (os) investigadas (os) sobre o teste e sua importância, sendo esta, uma repercussão satisfatória para os profissionais que atuam em unidades de saúde públicas, a exemplo dos (as) Agentes Comunitários (as) de Saúde, e especialmente os da enfermagem que lidam cotidianamente com o contexto da atenção materno/paterno infantil.

O avanço na aquisição de conhecimento sobre as condições/situações de saúde, promovem impactos na melhoria da qualidade de vida e saúde da população, embora fenômenos ainda necessitem ser superados, tal qual a presença tímida dos homens aos serviços de saúde e no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, a realização deste estudo desvela contribuições essenciais para subsídios das práticas profissionais em saúde. além disso, desponta para a necessidade do fortalecimento das ações de educação em saúde, como forma encontrada para alcançar resultados satisfatórios, a exemplo da diminuição potencial das sequelas e complicações severas e permanentes.

Desta forma, para que a assistência seja prestada com qualidade é preciso conhecer o que pensam as gestantes e seus companheiros (pais) a respeito do pré-natal e da triagem neonatal. A adoção de medidas como estas, pautam-se na prática do acolhimento, na criação de vínculos, na oferta de cuidados mais sensíveis, vigilantes, competentes e resolutos, que promove a facilitação do acesso ao conhecimento e à rede de atenção e seus dispositivos e tecnologias disponíveis, além de provocar o empoderamento para a cidadania e alcance de direitos.

## Referências

1. Damé, MCF, Riet-Correa, F, Schild, AL. Doenças hereditárias e defeitos congênitos diagnosticados em búfalos (*Bubalus bubalis*) no Brasil. *Pesq. Vet. Bras.* 33(7):831-839, julho . [Internet]. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pvb/v33n7/01.pdf>
2. São paulo. Secretaria Municipal da Saúde. Coordenação de Epidemiologia e Informação - CEInfo. Declaração de Nascido Vivo: Manual de Anomalias Congênitas. 2. ed. São Paulo: Secretaria Municipal da Saúde, 2012.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. - Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2012.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. Triagem neonatal biológica: manual técnico / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada e Temática. - Brasília: Ministério da Saúde, 2016.
5. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação Geral de Atenção Especializada. Manual de Normas Técnicas e Rotinas Operacionais do Programa Nacional de Triagem Neonatal. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n.º822/GM. Brasília 2001. Disponível em:

[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0822\\_06\\_06\\_2001.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0822_06_06_2001.html)

7. Mendes CA et al. Conhecimento de pais quanto a triagem neonatal, contribuição do website Portal dos Bebês - Teste do pezinho. Rev. CEFAC, São Paulo , v. 19, n. 4, p. 475-483, Aug. [Internet]. 2017. Disponível em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-18462017000400475&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-18462017000400475&lng=en&nrm=iso). access on 19 Aug. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-021620171949616>.

8. BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Brasília, 2009. Disponível: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_atencao\\_saude\\_homem.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_saude_homem.pdf)

9. Chakora , ES. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Esc Anna Nery. [Internet]. 2014;18(4):559-561. Disponível em: DOI: 10.5935/1414-8145.20140079

10. Baker, P, Dworkin, SL, Tong, S, Banks, I, Shande, T, Yamey, G. The men's health gap: men must be included in the global health equity agenda. Bull World Health Organ. [Internet]. 2014;92:618-620. Disponível em: doi: <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.13.132795>

11. Fotso, JC, Mohanty, S, Higgins-Steele, A. Male engagement as a strategy to improve the delivery and use of maternal, newborn, and child health services. BMC Health Serv Res. 2015;15 Suppl 1:S5. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(15\)70143-9](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(15)70143-9)

12. Lefevre F, Lefevre AMC. Depoimentos e discursos. Brasília (DF): Liberlivro, 2005.

13. Freitas BNA, et al. A Importância do Teste do Pezinho. Rev. Saberes, Rolim de Moura, v. 3, n. Esp. jul./dez, p. 02-13, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n3/12.pdf>

14. Reichert APS, Pacífico VC. Conhecimento de mães quanto à importância do teste do pezinho. 2015. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/260384183\\_conhecimento\\_de\\_maes\\_quanto\\_a\\_importancia\\_d\\_o\\_teste\\_do\\_pezinho](https://www.researchgate.net/publication/260384183_conhecimento_de_maes_quanto_a_importancia_d_o_teste_do_pezinho)

14. Silva FR, Ferreira AS, Melo DAN, Barros MMA. Avaliação do conhecimento das gestantes sobre a triagem neonatal. Revista Inter Texto. 2014;1:1-15.

15. Castaño PM, Stockwell MS, Malbon KM. Using digital technologies to improve treatment adherence. Clin Obstet Gynecol. [Internet]. 2013;56(3):434-45.

16. Ximenes Neto, FRG, et al. Práticas do enfermeiro da estratégia saúde da família na atenção à saúde da criança, Cariré - Ceará. Rev. Soc. Bras. Enferm. Ped. v.11, n.1, p 9-16. São Paulo, julho de 2011. Disponível em: [https://sobep.org.br/revista/images/stories/pdf-revista/vol11-n1/v.11\\_n.1-art1.pesq-pratica-do-enfermeiro-da-estrategia-saude-da-familia.pdf](https://sobep.org.br/revista/images/stories/pdf-revista/vol11-n1/v.11_n.1-art1.pesq-pratica-do-enfermeiro-da-estrategia-saude-da-familia.pdf)

17. Santos, RS, et al. Assistência pré-natal: ações essenciais desenvolvidas pelos enfermeiros. Enfermería Global Nº 40. [Internet]. 2015. Disponível em: [http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v14n40/pt\\_clinica5.pdf](http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v14n40/pt_clinica5.pdf)

18. Sousa, AR, et al. Homens nos serviços de atenção básica à saúde: repercussões da construção social das masculinidades. Revista Baiana de Enfermagem, Salvador, v. 30, n. 3, p. 1-10, jul./set. [Internet]. 2016. Disponível em: DOI 10.18471/rbe.v30i3.16054

19. Wang H, Dwyer-Lindgren L, Lofgren KT, et al. Age-specific and sex-specific mortality in 187 countries, 1970-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. Lancet. [Internet]. 2012;380:2071-94. doi: 10.1016/S0140-6736(12)61719-X.

20. Ribeiro, CR, Gomes, R, Nunes, MMC. Encontros e desencontros entre a saúde do homem, a promoção da paternidade participativa e a saúde sexual e reprodutiva na atenção básica. Physis [Internet]. 2017 Jan [cited 2019 Aug 19]; 27(1): 41-60. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312017000100041&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312017000100041&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312017000100003>.

21. Baker, P, Shand, T. Men's health: time for a new approach to policy and practice?. J Glob Health. [Internet]. 2017. Vol. 7 No. 1 010306. Disponível em: doi: 10.7189/jogh.07.010306

**Autor correspondente:**

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

# Qualidade do sono dos profissionais de enfermagem do serviço móvel de atendimento de urgência

## Sleep Quality among Federal District Mobile First-Aid Health Workers

Josué da Sousa Xavier e Silva<sup>1</sup>, Rodrigo Marques da Silva<sup>2</sup>, Débora Dadiani Dantas Cangussu<sup>3</sup>, Iel Marciano de Moraes Filho<sup>4</sup>, Miguel A Pérez<sup>5</sup>, Maria Fernanda Rocha Proença<sup>6</sup>

### Como citar:

Silva JSX, Silva RM, Cangussu DDD, Moraes-Filho IM, Perez MA, Proença MFR. Qualidade do sono dos profissionais de enfermagem do serviço móvel de atendimento de urgência. REVISA. 2019; 8(3):264-72 Doi: <https://doi.org/10.36239/revisa.v8.n3.p264a272>

# REVISA

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

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

3. Centro universitário Estácio. Brasília, Distrito Federal, Brasil.

4. Universidade Paulista-UNIP. Brasília, Distrito Federal, Brasil

5. California State University, Departamento de Saúde Pública. Fresno, CA, Estados Unidos.

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

Recebido: 10/04/2019  
Aprovado: 10/06/2019

### RESUMO

**Objetivo:** analisar a qualidade do sono dos profissionais da equipe de enfermagem do serviço móvel de atendimento de urgência do Distrito Federal. **Método:** pesquisa transversal e quantitativa, realizada em outubro de 2018 junto a 66 profissionais de enfermagem por meio de um questionário sociodemográfico e ocupacional e do Índice de Qualidade do Sono de Pittsburg. Utilizou-se a estatística descritiva para analisar os dados. **Resultados:** predominaram profissionais que trabalham 40 horas semanais (74,5%), há mais de 11 anos (74,5%), possuem outro vínculo empregatício (74,5%), atuam 12 horas diariamente (74,5%), não utilizam inibidores de sono ou medicações para dormir (74,5%). 56% apresentaram baixa qualidade de sono. Os fatores que mais contribuem para isso são: Sonolência Diurna, Distúrbios do Sono e Duração do Sono. **Conclusão:** os profissionais estão expostos a fatores laborais e demográficos que podem levar a baixa qualidade do sono, com impacto a segurança do paciente e a saúde do trabalhador. **Descritores:** Enfermagem; Sono; Emergências.

### ABSTRACT

**Objective:** to assess the sleep quality in health team workers of the Mobile First-Aid Service from Federal District. **Method:** this is a cross-sectional and quantitative study conducted in October 2018 with 66 nursing professionals. We applied a sociodemographic and occupational form and the Pittsburg Sleep Quality Index. The descriptive measures for data analysis. **Results:** most of nursing professionals work 40 hours a week (74,5%), for more than 11 years (74,5%), has an extra employment (74,5%), and work 12 hours daily (74,5%). They do not use sleep inhibitors or medication to sleep in (74,5%). 56% of the sample had poor sleep quality that is more affected for: Daily Sleepiness, Sleep Disturbances and Sleep Duration. **Conclusion:** nursing team members are exposed to demographic and occupational factors that decrease the sleep quality, with a negative impact on patient's safety and workers' health. **Descriptors:** Nursing; Sleep; Emergencies.

ORIGINAL

## Introdução

O sono contribui para a restauração física que visa resguardar o ser vivo dos danos que ocorrem naturalmente durante o desempenho das atividades diárias. Assim, a privação parcial ou total do sono favorece o desgaste do organismo criando alterações psicofisiológicas que podem levar a: ansiedade, insônia, dificuldade de concentração, ira, tensão muscular, hipertensão e náuseas.<sup>1</sup> O tempo de sono necessário para a adequada restauração orgânica é um componente individual, porém, espera-se uma média de horas de sono diária para cada fase de desenvolvimento, da seguinte forma: recém-nascidos = 16 a 18 horas/dia; crianças = 9 a 10 horas/dia; adultos = 7 a 8 horas/dia; e idosos = 5 a 6,5 horas/dia. Assim, percebe-se que a duração do sono varia entre uma pessoa e outra conforme sua faixa etária, embora alguns indivíduos possam demandar algumas horas de sono há mais ou há menos que a média descrita.<sup>1</sup>

Além disso, existem cinco fases (estágios) do sono, a ser: 1, 2, 3, 4 e REM (sigla para Rapid Eye Movement ou Movimento Rápido dos Olhos). O sono inicia na fase 1, passando por cada etapa até chegar ao sono REM. Esse ciclo reinicia a cada 90 a 110 minutos, sendo que, em cada fase, o cérebro costuma agir de modo diferente, sendo algumas dessas etapas ligadas à saúde da memória e da concentração. Na Fase 1, o sono é mais leve e a pessoa pode acordar com facilidade, há a ocorrência de espasmos. Na Fase 2, há uma redução na frequência da onda, o que leva a um profundo relaxamento do corpo. Na Fase 3, o corpo se encontra em um sono muito intenso e profundo, sendo as ondas cerebrais bem lentas (ondas delta) combinadas com ondas rápidas. Nesta etapa, é difícil despertar o indivíduo, ficando o mesmo desorientado quando acordado. Na fase 4, o sono é profundo e as ondas deltas são as principais, ou seja, essa fase é crucial para que o corpo esteja revigorado ao amanhecer, estando relacionada aos sonhos e o descanso do cérebro das coisas cotidianas. Esses estágios iniciais são relevantes para que o corpo alcance o relaxamento e seja liberado o hormônio do crescimento (para crianças e adolescente). Já o sono REM (Rapid Eye Movement ou Movimento Rápido dos Olhos) inicia cerca de 70 a 90 minutos após a pessoa estar adormecida. Ele refere-se ao ciclo de descanso completo que mantém o equilíbrio físico, mental e químico do indivíduo, além de concentrar a maior parte dos sonhos, ocorrendo mudanças respiratórias e cardíacas. A privação desta fase do sono acarreta irritabilidade, dificuldades de memória e sintomas depressivos.<sup>2</sup>

No campo da saúde, o trabalho organiza-se em turnos, com atuação do mesmo profissional em turnos diferentes, sendo frequentes as longas jornadas de trabalho sem um descanso coerente, além da notória responsabilidade envolvida no cuidado a saúde humana. Entre os profissionais do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), além dos fatores já citados, destaca-se a necessidade de atuação rápida em situações de urgência, em locais de difícil acesso e problemas relacionados ao trânsito das grandes cidades, que afeta o tempo de chegada ao local do ocorrido e impacta no prognóstico do paciente.<sup>2-3</sup>

Frente a esse contexto, o desafio dos profissionais de enfermagem do SAMU, principalmente os que atuam no período noturno, é conseguir adequar o sono ao ritmo de vida e de trabalho, pois o desgaste mental associado ao sono de baixa qualidade contribui para desfechos negativos à saúde. A partir dessas

colocações, é possível entender porque muitos deles demonstram sinais de sonolência diurna, insônia e queda no rendimento de trabalho, ou seja, situações que favorecem o erro cada vez mais frequentes nos hospitais.<sup>4-6</sup> Dessa forma, a má da qualidade do sono dos profissionais de enfermagem do SAMU pode impactar na qualidade do serviço prestado, bem como na saúde e qualidade de vida dos mesmos. Nesse sentido, pesquisas mostram que as pessoas que dormem apresentam diminuição no seu vigor físico, colaborando para o seu envelhecimento precoce, vulnerabilidade a infecções, obesidade, hipertensão e diabetes.<sup>5-7</sup>

Nesse sentido, o objetivo desse estudo foi analisar a qualidade do sono dos profissionais de enfermagem de um Serviço de Atendimento Móvel de Urgência do Distrito Federal.

## Método

Refere-se a uma pesquisa de âmbito transversal, descritivo e quantitativo, realizado Serviço de Atendimento Pré-Hospitalar Móvel do Distrito Federal, onde a média de atendimentos ultrapassam seis mil ocorrências geradas, e que em sua grande parte são caracterizadas como clínicas, seguidas de cirúrgicas, psiquiátricas e maternas infantis.

A população da pesquisa foi formada pelos enfermeiros e técnico de enfermagem que atuam diretamente no atendimento pré-hospitalar de uma unidade do SAMU do Distrito Federal. Foram incluídos, nesta pesquisa, todos os profissionais da equipe de enfermagem vinculados à instituição pesquisada no decorrer do estudo e da coleta de dados. Foram excluídos dessa pesquisa qualquer profissional que esteja de licenças e afastamentos de qualquer tipo, ou desviados de função com readaptações.

A coleta de dados foi efetivada em outubro de 2018, onde, as informações foram coletadas por meio de instrumentos autoaplicáveis: Questionário para descrever o perfil e sociodemográfico e ocupacional e Índice de Qualidade do Sono de Pittsburg (IQSP). Tais instrumentos foram entregues aos colaboradores que aceitarem participar da pesquisa mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

O formulário sociodemográfico e ocupacional envolveu as seguintes variáveis: idade, sexo, estado civil, presença de filhos, formação acadêmica, categoria profissional, tempo de atuação, grau de escolaridade, carga horária semanal, regime de trabalho (parcial ou integral), número de vínculos empregatícios, quantos números de vínculos, carga horária do outro vínculo empregatício, renda mensal total recebida em salários mínimos, suficiência da renda mensal para a manutenção, gozo de férias no último ano, período de trabalho, jornada de trabalho diária, consumo de substâncias para inibir o sono e consumo de substâncias para dormir.

O Índice da Qualidade do Sono de Pittsburgh (IQSP) foi criado para avaliar a qualidade do sono, sendo validada em 1989 em conjunto de pacientes com disfunções do sono em comparação com as alterações mostrada com base em seus dados.<sup>8</sup> Neste instrumento, há dez questões, sendo: questão um a quatro- abertas; e cinco a 10- semiabertas. Essas questões são elencadas em sete componentes, da seguinte forma: Qualidade subjetiva do sono (Questão 6); Latência do sono (Questões 2 e 5a); Duração do sono (Questão 4); Eficiência

habitual de sono (Questões 1, 3 e 4) Distúrbios do sono (Questões 5b até a 5j); Uso de medicações para dormir (Questão 7); sonolência diurna e distúrbios durante o dia (Questões 8 e 9). A pontuação global é gerada pela soma da pontuação de cada componente, o qual possui um peso que varia de 0 a 3. Assim, o valor máximo possível é de 21 pontos, sendo que, quanto maior essa pontuação, pior a qualidade do sono.<sup>8</sup> A questão dez se caracteriza por ser optativa e não foi considerada nessa pesquisa. Todavia, o critério para estabelecer a pontuação global foi considerado a partir da soma da pontuação de cada componente, onde, o mesmo possui um peso relevante que varia de 0 a 3. Neste contexto, o valor máximo a ser aceito é de 21 pontos, bem como, quanto maior essa pontuação, pior representa a qualidade do sono do profissional em questão. Quanto aos escores superior a cinco pontos sinalizam uma má qualidade se comparada ao padrão de sono, necessitando haver uma conversão das respostas alcançadas em cada questão perfazendo o uso de uma escala tipo Likert, seguindo as instruções almejadas em pesquisa com profissionais de saúde.<sup>8</sup>

Para estabelecer os critérios de organização e de análise dos dados coletados, foi criado um banco de dados no programa Excel (Office 2007) fazendo uso do programa Statistical Package for Social Science (SPSS), versão 17,0. As variáveis qualitativas foram descritas em valores absolutos (n) e percentuais (n%). As variáveis quantitativas foram expostas em medidas descritivas: valores mínimos e máximos, média e desvio padrão.

Após obtida a autorização da coleta de dados nas instituições pesquisadas, o projeto foi submetido, via plataforma Brasil, para apreciação no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Ciências e Educação Sena Aires (FACESA), sendo aprovado sob protocolo número 2.870.584. Além disso, atendendo às Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos (Resolução CNS 466/12), foi encaminhado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido junto aos instrumentos, assinado em duas vias (uma para o sujeito e outra para o pesquisador), autorizando a participação voluntária na pesquisa.

## Resultados

A população inicial era de 100 profissionais de enfermagem, porém 66 devolveram o questionário preenchido, sendo 37 enfermeiros e 29 técnicos de enfermagem. Na Tabela 1, apresentam-se os dados sociodemográficos dos profissionais de enfermagem no atendimento pré-hospitalar.

**Tabela 1** - Características sociodemográficas dos profissionais de enfermagem no atendimento pré-hospitalar. Goiás, 2018

Variável*	n	%
Idade		
31 a 40 anos	27	40,5%
Sexo		
Masculino	41	62,5%
Estado Civil		
Solteiro	30	45,5%

Casado	20	30,5%
Possui filhos?		
Sim	43	65,5%
Formação acadêmica		
3º grau	66	100%

\*Somente a categoria predominante para cada variável é apresentada.

Nesta tabela 1, verifica-se predomínio de profissionais com idades entre 31 e 40 anos (40,5%), do sexo masculino(62,5%), solteiros (45,5%), com filhos (65,5%) e com 3º grau completo (100%). A seguir, as características ocupacionais dos profissionais de enfermagem no atendimento pré-hospitalar são apresentadas na Tabela 2.

**Tabela 2** - Características ocupacionais dos profissionais de enfermagem no atendimento pré-hospitalar. Goiás, 2018.

Variável*	n	%
Categoria profissional		
Enfermeiro	37	56,5%
Tempo de atuação		
11 a 20 anos	49	74,5%
Grau de escolaridade		
Graduação	39	59,5%
Pós-graduação	24	36%
Carga horária semanal		
40 horas	49	74,5%
Regime de trabalho		
Integral	53	80,5%
Mais de um vínculo empregatício		
Sim	49	74,5%
Renda mensal total recebida		
7 a 10 salários mínimos	53	80,5%
Renda mensal suficiente para a manutenção		
Sim	53	80,5%
Férias no último ano		
Sim	49	74,5%
Turno de Trabalho		
Matutino	21	31,5%
Diurno	25	37,5%
Jornada de trabalho diária		
12 horas	49	74,5%
Consumo de substâncias para inibir o sono		
Não	49	74,5%
Consumo de substâncias para dormir		
Não	49	74,5%

\*Somente a categoria predominante para cada variável é apresentada.

Observa-se, na Tabela 2, que, 56,5% são enfermeiros, 74,5% trabalham a mais de 11 anos no SAMU, 59,5% são graduados, com carga horária semanal de 40 horas (74,5%) e sob o regime de trabalho integral (80,5%). Os profissionais possuem vínculo empregatício em outro serviço (74,5%), recebem entre 7 a 10 salários mínimos (80,5%) e consideram sua renda suficiente para a sua manutenção (74,5%). 74,5% tiraram férias no último ano, 37,5%, atuam no período diurno e 74,5% realizam jornada diária de 12 h/dia. 74,5% não fazem uso de nenhum tipo de medicamento para inibir o sono e 74,5%, não utilizam substâncias para dormir. Na Tabela 3, apresentam-se as medidas descritivas para os componentes do IQSP.

**Tabela 3-** Medidas descritivas para os componentes do IQSP. Goiás, 2018.

Componente	Mínimo	Máximo	Média	Desvio-Padrão(DP)
Qualidade Subjetiva do Sono	0,00	3,00	0,96	1,05
Latência Sono	0,00	3,00	1,28	1,00
Duração do sono	0,00	3,00	1,43	0,93
Eficiência Habitual do Sono	0,00	3,00	0,77	1,06
Distúrbios do Sono	1,00	3,00	2,34	0,59
Uso de medicação para dormir	0,00	3,00	0,28	0,83
Sonolência diurna	1,00	3,00	2,56	0,55

Considerando-se que o IQSP apresenta escala inversa, verifica-se, acima, que os fatores que mais contribuem para a queda na qualidade do sono são: Sonolência Diurna (Média= 2,56; Dp= 0,55), Distúrbios do Sono (Média= 2,34; Dp= 0,59) e Duração do Sono (Média= 1,43; Dp= 0,93). Além disso, na análise geral do escore, observa-se que 56% dos profissionais de enfermagem apresentam baixa qualidade de sono.

## Discussão

No presente estudo, verificou-se predomínio de profissionais com idades entre 31 e 40 anos (40,5%), do sexo masculino(62,5%), solteiros (45,5%), com filhos (65,5%) e com 3º grau completo (100%). Resultados similares foram verificados em outros estudos<sup>(9- 12)</sup>. Historicamente, a Enfermagem é observada como uma profissão exercida por mulheres, o que é reforçado pelos dados da Ordem dos Enfermeiros (2012)<sup>13</sup>, no quais, de 65,467 Enfermeiros efetivos de Portugal, 12,166 são do sexo masculino. Todavia, nesse estudo, houve predomínio de homens, o que pode estar relacionado ao tipo de serviço avaliado e ao crescimento do numérico de homens na profissão de enfermagem ao longo dos anos. O predomínio de trabalhadores solteiros e com filhos é um aspecto que pode facilitar o desempenhar de suas funções no serviço, pois a relação emocional com o filho, mesmo que sem a convivência diária da mãe, pode desempenhar um papel de suporte social no enfrentamento das demandas laborais. Além disso, o fato deles terem filhos, mas serem solteiros,

morando muitas vezes, ainda com os pais, promove uma divisão de responsabilidades, diminuindo o estresse e, portanto, diminuindo os riscos de uma má qualidade do sono.<sup>1,10,13</sup>

Verificou-se que 56,5% dos pesquisados são enfermeiros, trabalham há mais de 11 anos no SAMU (74,5%), em regime de 40 horas semanais (74,5%), possuem outro emprego (74,5%), tiraram férias no último ano (74,5%), recebem entre 7 a 10 salários mínimos (80,5%) e consideram sua renda própria para a sua manutenção (74,5%). Nesse sentido, destaca-se que os enfermeiros acumulam vínculos de trabalho e, portanto, exercem longas jornadas diárias de trabalho. O acúmulo de horas trabalhadas pode refletir positivamente na renda mensal recebida e, assim, contribuir para a satisfação do profissional com a mesma, porém possui impacto negativo na qualidade do sono dos profissionais.<sup>1,13</sup> Sobre isso, pesquisa aponta que enfermeiros com jornada dupla de trabalho acabam por desenvolver insônia primária, o que pode provocar efeitos adversos, incluindo a sonolência e a fadiga durante as primeiras horas de trabalho.<sup>1</sup>

Nesse sentido, foi verificado que os profissionais de enfermagem exercem grande parte de suas funções no período diurno (37,5%), não usam inibidores do sono (74,5%) e não utilizam remédios para dormir (74,5%). Todavia, observou-se que a sonolência diurna, os distúrbios do Sono e a duração do sono são os fatores que mais contribuem para a queda na qualidade do sono dos profissionais de enfermagem. Isso é reforçado pelos achados de pesquisa realizada com 233 enfermeiras Tailandesas, no qual observou-se uma média de sono diária de 6,2 horas, 76,9% apresentaram curta duração do sono e 49,5% tiveram sonolência diurna excessiva.<sup>4</sup> Portanto, o tempo de descanso, a presença de distúrbios que podem afetar o tempo de sono e também sua qualidade geral, bem como a sonolência diurna são elementos que contribuem a uma má qualidade do sono em profissionais de enfermagem brasileiros e estrangeiros, confirmando o potencial estressante do contexto de trabalho em urgência e emergência e sua interface com a saúde dos profissionais de enfermagem.<sup>13-15</sup>

Nessa pesquisa, foi observado que 56% apresentam baixa qualidade do sono. Em pesquisa realizada com profissionais de enfermagem de um hospital privado do interior da Bahia, foi identificado que 88% dos auxiliares de enfermagem e 72% dos enfermeiros apresentaram baixa qualidade do sono.<sup>14</sup> Em pesquisa realizada com enfermeira de urgência do Texas (Estados Unidos), foi verificado má qualidade do sono em 73,3% da amostra por meio do IQSP. Ademais, a baixa qualidade do sono foi associada a erros simples na assistência prestada durante o turno de trabalho.<sup>15</sup> Pesquisa realizada em Chicago (Estados Unidos) com 605 enfermeira de unidades críticas, incluindo a urgência, identificou 29% de arrependimentos na decisões clínicas tomadas, sendo essa variável associada a maior sonolência diurna, menor tempo de descanso entre turnos e pior qualidade do sono.<sup>13</sup> Nesse contexto, o serviço de urgência é caracterizado pela sobrecarga de trabalho, fadiga, necessidade de tomar decisão rapidamente e lidar com a morte e sofrimento agudo. Isso pode levar o profissional a fadiga, estresse no trabalho e desencadear a queda na qualidade do sono, com impacto a qualidade da assistência prestada, a segurança do paciente e a sua saúde física e mental.<sup>13</sup>

## Conclusão

Verificou-se predomínio de profissionais com idades entre 31 e 40 anos (40,5%), do sexo masculino (62,5%), solteiros (45,5%), com filhos (65,5%) e com 3º grau completo (100%). 56,5% são enfermeiros, 74,5% trabalham a mais de 11 anos no SAMU, 59,5% são graduados, com carga horária semanal de 40 horas (74,5%) e sob o regime de trabalho integral (80,5%). Os profissionais possuem vínculo empregatício em outro serviço (74,5%), recebem entre 7 a 10 salários mínimos (80,5%) e consideram sua renda suficiente para a sua manutenção (74,5%). 74,5% tiraram férias no último ano, 37,5%, atuam no período diurno e 74,5% realizam jornada diária de 12 h/dia. 74,5% não fazem uso de nenhum tipo de medicamento para inibir o sono e 74,5%, não utilizam substâncias para dormir. Os fatores que mais contribuem para a queda na qualidade do sono são: Sonolência Diurna, Distúrbios do Sono e Duração do Sono. Além disso, 56% dos profissionais de enfermagem apresentaram baixa qualidade de sono.

O ambiente de trabalho do serviço de enfermagem em urgência possui características como a sobrecarga de trabalho, o trabalho em turnos longos, a necessidade de tomar decisões rápidas e sob pressão e a convivência com o sofrimento e a morte, que podem contribuir para a queda na qualidade do sono dos profissionais de enfermagem. Frente a isso, a sonolência diurna e os erros assistenciais tornam-se uma constante no trabalho diário, com impacto a saúde dos profissionais, a qualidade da assistência prestada e a segurança do paciente.

Como limitações desse estudo, destacam-se a dificuldade de recrutar profissionais no serviço de urgência durante o período de trabalho devido ao pouco tempo disponível para o envolvimento na pesquisa. Além disso, essa pesquisa foi realizada com profissionais de um serviço de urgência logrado em uma região de alta demanda de atendimentos, o que pode diferir da realidade de serviços de urgência disponíveis no Brasil. Nesse sentido, sugere-se a realização de novas pesquisas que abordem os profissionais de enfermagem do serviço móvel de atendimento a urgências em espaços alternativos, fora do período de trabalho, a fim de se expandir a amostra de pesquisa. Além disso, é importante a condução de uma análise de serviços localizados em espaços com menor demanda de atendimentos, o que permitirá identificar se a realidade de trabalho e saúde desses profissionais difere daquela encontrada nessa pesquisa.

## Referências

- 1- Stanley D. How to Sleep Well: The Science of Sleeping Smarter, Living Better and Being. Canberra: Capstone; 2018.
- 2- Meireles AR, Machado MG, Silva RM, Santos OP, Moraes-Filho IM, Ribeiro FMSS. Estresse ocupacional da equipe de enfermagem de um serviço de atendimento móvel de urgência. Rev. Cient. Sena Aires. [internet] 2018 [cited 2018 Mai 5]; 7(3): 228-34. Available from: <http://revistafacesa.senaaires.com.br/index.php/revisa/article/view/354>
- 3 - Heron E. Emergency 24/7: Nurses of the Emergency Room. Estados Unidos: Heron Quill Press; 2015
- 4 - Chaiard J, Deeluea J, Suksatit B, Songkham W, Inta N. Short sleep duration among Thai nurses: Influences on fatigue, daytime sleepiness, and occupational errors. J Occup Health. 2018 Sep 26;60(5):348-55.

- 5 Kryge MH. Atlas Clínico De Medicina Do Sono. 1ª ed. São Paulo: Elsevier; 2018.
6. Haddad FLM, Gregório LC. Manual do residente- Medicina do sono. São Paulo: Manole; 2016.
7. Lynch J, Prihodova L, Dunne PJ, O'Leary C, Breen R, Carroll Á, et al. Mantra meditation programme for emergency department staff: a qualitative study. *BMJ Open*. [internet] 2018 [cited 2018 Mai 5]; 24;8(9):e020685. Available from: <https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/8/9/e020685.full.pdf>
- 8 - Bertolazi AN. Tradução adaptação cultural e validação de dois instrumentos de avaliação do sono: escala de sonolência de epworth e índice de qualidade de sono de pittsburgh [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2008. 93p
- 9 - Herrera G, Manrique FG. Condiciones laborales y grado de satisfacción de profesionales de Enfermería. *Aquichan*. [internet] 2008[cited 2018 Mai 5];8(2):243-56. Available from: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/150/286>
10. Portero S, Vaquero M. Desgaste profesional, estrés y satisfacción laboral del personal de enfermería en un hospital universitario. *Rev. latinoam. enferm. (Online)*. [internet] 2015[cited 2018 Mai 5];23(3):543-52. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n3/es\\_0104-1169-rlae-0284-2586.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n3/es_0104-1169-rlae-0284-2586.pdf)
- 11 - García A, Moro MN, Medina M. Evaluación y dimensiones que definen el clima y la satisfacción laboral en el personal de enfermería. *Rev Calid Asist*. [internet] 2010[cited 2018 Mai 5];25(4):207-14. Available from: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-pdf-S1134282X10000448>
- 12 - López MP, Torrejón G, Martín A, Martín J, Pleite F, Torres MA. Estrés y satisfacción laboral de las enfermeras de hospitales toledanos. *Metas Enferm*. [internet] 2011[cited 2018 Mai 5];14(8):8-14. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3738698>
13. Scott LD, Arslanian-Engoren C, Engoren MC. Association of sleep and fatigue with decision regret among critical care nurses. *Am J Crit Care*. 2014 Jan;23(1):13-23.
14. Pinheiro LMG, Souza NC, Oliveira PG. Qualidade do sono dos profissionais de enfermagem que atuam em hospital privado no período noturno. *C&D-Revista Eletrônica da Fainor*. [internet] 2015 [cited 2018 Mai 5]; 8(2):194-205. Available from: <http://srv02.fainor.com.br/revista/index.php/memorias/article/view/413/258>
15. Weaver AL, Stutzman SE, Supnet C, Olson DM. Sleep quality, but not quantity, is associated with self-perceived minor error rates among emergency department nurses. *Int Emerg Nurs*. 2016;25:48-52.

**Autor correspondente:**

Rodrigo Marques da Silva  
Rua Acre, Quadra 02. Lotes 17/18, s/n - Setor de Chácra  
Anhanguera.CEP: 72870-508. Valparaíso de Goiás, Goiás,  
Brasil.

[Marques-sm@hotmail.com](mailto:Marques-sm@hotmail.com)

# Simulação realística como instrumento no processo de Ensino-aprendizagem de enfermagem

## Realist simulation as instrument for teaching-learning process in nursing

Keller Kathier Cerqueira Carneiro<sup>1</sup>, Iel Marciano de Moraes Filho<sup>2</sup>, Osmar Pereira dos Santos<sup>3</sup>, Aline Aparecida Arantes<sup>4</sup>, Keila Cristina Félis<sup>5</sup>, Ithago Santos Guilherme<sup>6</sup>

### Como citar:

Carneiro KKC, Moraes-Filho IM, Santos OP, Arantes AA, Félis KC, Guilherme IS. Cangussu DDD. Simulação realística como instrumento no processo de ensino-aprendizagem de enfermagem. REVISA. 2019; 8(3):273-84 Doi: <https://doi.org/10.36239/revisa.v8.n3.p273a284>

# REVISA

1. Hospital Estadual Mário Cova. São Paulo, São Paulo, Brasil.
2. Universidade Paulista, Departamento de Enfermagem. Brasília, Distrito Federal, Brasil.
3. Faculdade União de Goyazes. Trindade, Goiás, Brasil.
4. Faculdade União de Goyazes. Trindade, Goiás, Brasil.
5. Centro Universitário de Goiatuba. Goiatuba, Goiás, Brasil.
6. Colégio Sena Aires. Valparaíso de Goiás, Goiás, Brasil.

Recebido: 9/04/2019  
Aprovado: 10/06/2019

### RESUMO

**Objetivo:** identificar na perspectiva do corpo docente a importância da Simulação Realística na formação do profissional do Enfermeiro. **Método:** Estudo descritivo, quanti-qualitativo, desenvolvido com docentes que utilizam o Laboratório de Habilidades, do curso de enfermagem de uma Universidade do Centro Oeste. **Resultados:** Participaram do estudo seis docentes enfermeiras, que atuam há menos de dez anos na instituição, com titulação em nível de mestrado, com predominância de regime de trabalho horista. A minoria possui participação em pesquisa ou pós-graduação, nenhuma está envolvida com atividade de extensão e apenas metade já participaram de discussões sobre o Projeto Pedagógico do Curso. Todas possuem experiência em atividades assistenciais. Quanto a simulação realística a maioria diz conhecer essa abordagem de ensino, e metade possui experiência, porém apenas 33% a utiliza constantemente em suas aulas. A maioria afirma que o laboratório de habilidades não é adequado para essa modalidade de ensino e que a instituição não investe o suficiente para o desenvolvimento dessas aulas. **Conclusão:** Quanto as vantagens relacionadas ao ensino baseado em Simulação Realística destacaram-se a relação entre a teoria e a prática, o desenvolvimento de raciocínio clínico em casos complexos e individualizados e como desvantagem falta de capacitação do professor aliada a falta de condições de trabalho. **Descritores:** Simulação; Enfermagem; Docentes de Enfermagem; Educação em Enfermagem; Escolas de Enfermagem.

### ABSTRACT

**Objective:** to identify in the perspective of the teaching staff the importance of Realistic Simulation in the training of the Nurse Practitioner. **Method:** Descriptive study, quantitative and qualitative, developed with teachers who use the Skills Laboratory, of the nursing course of a University of the Central West were investigated. **Results:** Six nursing professors participated in the study, who have been working for less than ten years in the institution, with a master's level degree, predominantly working hours. The minority has research or postgraduate participation, and none is involved in extension activities and only half have participated in discussions about the Pedagogical Project of the Course. All have experience in welfare activities. As for the realistic simulation, the majority says they know this approach to teaching, and half have experience, but only 33% use it constantly in their classes. Most say that the skills laboratory is not suitable for this type of teaching and that the institution does not invest enough in the development of these classes. **Conclusion:** The advantages related to teaching based on Realistic Simulation were highlighted the relationship between theory and practice, the development of clinical reasoning in complex and individualized cases, and as a disadvantage a lack of teacher training and the lack of working conditions. **Descriptors:** Simulation; Nursing; Nursing Teachers; Nursing Education; Nursing Schools.

## Introdução

Já a simulação clínica é um método que tem o objetivo de aprimorar o raciocínio e o pensamento crítico, que qualifica as habilidades de avaliação e decisões exigidas nas práticas assistenciais.<sup>13</sup>

Desta forma pode se definir o simulador como um objeto ou representação parcial ou integral de uma tarefa a ser replicada, os mesmos são usados como instrumentos que evoluem e atraem o corpo discente, capaz de prover informações que imitam a realidade. Podem ser utilizados durante todo o currículo e ou em disciplinas isoladas.<sup>3</sup>

Esses simuladores são classificados como de baixa, moderada e alta fidelidade, em decorrência da capacidade de reproduzir sons e imagens. Os simuladores de baixa fidelidade são estáticos, como menor reprodução da realidade; os de moderada fidelidade possuem maior capacidade realística e oferecem ausculta de sons respiratórios e cardíacos levando a identificação de diferentes diagnósticos. Os de alta fidelidade são extremamente realísticos com movimentação torácica, olhos foto reagentes, sons pulmonares, cardíacos, intestinais e vocais apresentando sangramento e secreções a depender dos procedimentos executados pelos docentes.<sup>14</sup>

O uso de técnicas de simulação favorece a aplicação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para o curso de Enfermagem uma vez que o perfil do egresso que se espera é de um profissional com formação generalista e humanística, crítica e reflexiva, capaz de aprender a aprender e ter compromisso com a educação e treinamento das futuras gerações de profissionais.<sup>15-18</sup>

A simulação corrobora com as recomendações das boas práticas de Enfermagem e as atuais recomendações do Comitê de Qualidade no Cuidado a Saúde da América, que dispõem sobre a prevenção de erros e a segurança do paciente pressupondo que o aprendizado da equipe seja concretizado por meio do uso de simulação baseado no gerenciamento da equipe em situação de emergência e estímulo à interdisciplinaridade adequando-se aos parâmetros internacionais de ensino, onde a formação de profissionais devem atender às demandas da globalização.<sup>6-7</sup>

Essa modalidade de ensino deve ligar-se a um planejamento adequado baseado em quatro elementos para que assim ocorra o processo avaliativo de forma integral, sendo estes: o script da simulação; o desenvolvimento pessoal e orientação do estudante; a execução da simulação e por último a avaliação da simulação, perpassando ainda pelas fases de conhecimento da realidade, determinação dos objetivos, organização, seleção de recursos, estruturação dos planos de ensino, e avaliação, sendo essa última realizada de forma a se considerar todo o contexto percorrido durante a resolução do problema, evitando-se utilizar apenas avaliação do resultado final encontrado.<sup>3</sup>

Utilizar a simulação como método de ensino é desafiador, pois esse deve estar incluído no Projeto Pedagógico do Curso (PPC) das Instituições de Ensino Superior, tornando-se uma realidade nacional, baseado em estratégias que discutam a formação, por meio de investimento na formação de comissões permanentes de avaliação e sobretudo a capacitação permanente de docentes e inserção de alunos em pesquisas com objetivo do fortalecimento do uso de simulação na prática de ensino.<sup>4,11</sup>

O seu uso não substitui o profissional docente, pois este é o mediador e provedor do processo de aprendizagem, uma vez que as tecnologias digitais apenas fornecem suporte, sendo o preceptor o autor responsável pelo elo entre a busca do conhecimento e o desempenho acadêmico.<sup>19,4</sup> Neste sentido, o corpo docente deve ter o perfil necessário para atuar com essa estratégia de ensino, com experiência na assistência, associado a uma abertura para novas metodologias de aprendizagem.<sup>4,20</sup>

Sua prática pedagógica deverá ir além do ensino didático tradicional. Nessa perspectiva o currículo deverá ser concebido por meio da multidisciplinaridade e centrado no corpo discente, realizado, sobretudo em laboratórios de habilidades que podem ser concebidos com alto padrão de qualidade.<sup>6</sup>

Sua recomendação é apoiada pelo aprimoramento do ensino da semiologia, pois a partir de seus recursos é que o aluno tem a condição de aprender a diferenciar achados normais e adventícios, identificando ainda respostas fisiológicas, além de habilidades para obtenção de dados por meio de exame físico e sua interpretação, pois este conhecimento confere ao enfermeiro facilidades para o desenvolvimento do processo de enfermagem.<sup>19</sup>

Os benefícios advindos do ensino baseado em simulação são vários, pois fornecem aos professores oportunidades de avaliar e mensurar a capacidade de integração do aluno, permite ainda a chance de errar e assim levar ao crescimento profissional sem comprometer a segurança do paciente, pois o conhecimento adquirido é realizado por meio de situações programadas, que representam a realidade profissional, permitindo ainda controle de fatores externos, padronização e sistematização do ensino além de feedback positivo aos alunos.<sup>6</sup>

A partir de então, confere ao aluno capacidade para lidar com sentimento de insegurança, medo, incerteza e motivação para questionamentos sobre os procedimentos executados, levando a construção de experiências que exigem reflexão e permite a possibilidade de adquirir capacidade de auto condução do processo formativo.<sup>21</sup>

O discente receberá avaliação de suas ações além de considerações que permitirão reformular sua conduta, contribuindo para que o docente possa avaliar o andamento e a eficácia de suas aulas teóricas e qualificar o ensino de graduação em enfermagem, em suas bases teóricas e metodológicas.<sup>22</sup>

Atualmente, há resistências ao ensino baseado em simulação, pois muitas instituições ainda são inflexíveis a mudanças, ocorrendo pouca reflexão sobre a docência, aliada ao distanciamento dos serviços de saúde, reforçado pela dicotomia entre o pensar e o fazer.<sup>22</sup>

Ao conhecer e utilizar o laboratório de habilidades de uma Instituição de ensino superior comunitária do Estado de Goiás o objetivo do estudo foi analisar a utilização da Simulação Realística na formação do profissional do Enfermeiro na perspectiva de docentes.

O estudo se justifica pela necessidade inerente de avaliar novos métodos de ensino possibilitando o rearranjo dos PPC's dos cursos de enfermagem afim de fomentar a possibilidade da formação de excelências dos profissionais de enfermagem no âmbito Brasileiro.

## Método

Trata-se de uma pesquisa de abordagem descritiva, quanti-qualitativa, que foi desenvolvida com o corpo docente que ministra aulas no Laboratório de Habilidades do Curso de Graduação em Enfermagem de uma Universidade da região Centro Oeste do Brasil.

A coleta de dados foi realizada no mês de abril de 2016 por meio de dois questionários que avaliava: 1- o perfil do corpo docente avaliando variáveis tais como: Idade, sexo, formação acadêmica docente, área de formação e Especialização Lato e Stricto Sensu, regime de trabalho, se fazem partes de núcleos estruturantes, se são ativos nas discussões e reivindicações acadêmicas, tempo de trabalho na IES, experiência profissional na área afim, se conhecem a Estratégia de SR, se têm experiência em SR, a frequência de uso da mesma, o motivo de aderência ou não da metodologia transcorrida, se a local propício para o desenvolvimento e se acreditam que a SR é fundamental para o desenvolvimento crítico e reflexivo do discente. 2- Checklist de simuladores, que fez o levantamento e avaliou o grau de tecnologia dos simuladores do laboratório de habilidades os classificando entre baixa, média e alta fidelidade.

A população do estudo foi composta por seis docentes de enfermagem da instituição referida. Foram incluídos no estudo Todos os docentes do Curso de enfermagem, que utilizam o Laboratório de Habilidades e excluídos os Docentes, que se encontravam de licença para interesse particular ou de saúde no período da coleta de dados e os que não responderam ao questionário após 3 (três) tentativas.

Os dados foram organizados em uma planilha do Excel versão 2012, para análise e posteriormente utilizando-se a forma descritiva e realizadas análises tanto uni e multivariadas na forma qualitativa.

O presente estudo fora aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa sob o protocolo CEP 1782/2012. Foram respeitadas as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa, envolvendo seres humanos, de N<sup>o</sup>. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Foram obedecidos todos os princípios e postulados éticos, conforme a Resolução CNS n<sup>o</sup> 466/2012 e seus complementos. Os dados foram coletados após consentimento onde o participante era convidado a participar da pesquisa como voluntário, identificando os objetivos do projeto, os desconfortos riscos e benefícios, a confidencialidade do estudo, e informações pertinentes da pesquisa do curso por meio da sua assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

## **Resultados**

Ao todo foram identificadas seis docentes que atendiam aos critérios propostos nesse estudo. Neste contexto, entre os seis professores quatro possuem formação *latu senso* em docência do ensino superior ou curso de formação correlata.

Através de instrumento foi identificado que o laboratório de habilidades, possui em seus equipamentos, simuladores de alta, baixa e média fidelidade, sendo em maior quantidade os de baixa fidelidade.

O Laboratório de Habilidades, é composto de 10 salas climatizadas, com

capacidade de no máximo 15 alunos por sala que simulam cenários de enfermaria clínica, enfermaria cirúrgica, enfermaria materno infantil, unidade de terapia intensiva, 2 consultórios (salas espelhos), posto de enfermagem, 2 salas de treinamento semiológico, uma sala de aula e uma recepção com cinquenta escaninhos individuais.

Possui mobiliário constituído de macas, bancos, armários, quadros brancos e negatoscópios, possui dois manequins simuladores de alta tecnologia, para treinamento cardiovascular, respiratório, abdominal, podendo analisar as reações específicas a medicamentos, fala, edema de glote, arritmia, rigidez de nuca e trismo.

Possui modelos de baixa tecnologia para treinamento de procedimentos de cateterismo vesical, sondagem nasogástrica, toque vaginal, palpação de mamas, toque obstétrico, paracentese, intubação orotraqueal, reanimação cardiopulmonar (adultos e pediátricos), além de diversos materiais como instrumentos e equipamentos de proteção individual, tubos, cateteres, sondas, agulhas, estetoscópios, esfigmomanômetros, espéculos, lupas, lanternas e balanças.

Observou-se que todas as docentes são do sexo feminino e que idade varia de 35 a 61 anos, sendo a maioria enfermeiros (4/6), todas possuem formação *Latu Sensu* sendo que (4/6) possuem mais de uma especialidade, e ainda todas possuem formação *Stricto Sensu*, com nível de Titulação Mestrado, com ênfase nas áreas de Educação e Ciências da Saúde.

A maioria (4/6) trabalha na Instituição pesquisada há menos de 10 anos, possui cargo efetivo com predominância de carga horária de 20 horas, com regime de trabalho horista.

Dentre as atividades desenvolvidas pelas docentes dentro da Instituição de Ensino Superior encontrou-se que 100% estão envolvidas com atividade de ensino na graduação e 17% possui participação em pesquisa ou pós graduação *latu sensu*, e 100% não estão envolvidas com atividades de extensão, nenhuma das participantes fizeram ou fazem parte do Núcleo Docente Estruturante, porém 50% já participaram de discussões sobre o Projeto Pedagógico do Curso.

Quanto as atividades desenvolvidas na área assistencial 80% disseram não trabalharem no momento nesta modalidade, porém todas já exerceram atividades assistenciais em algum momento da sua trajetória profissional, quanto ao tempo de experiência 50% possui tempo de experiência menor a 10 anos enquanto que o outro 50% possui experiência superior a 10 anos, com predominância de atuação na área de Enfermagem Cirúrgica, Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e Fundamentos de Enfermagem, e menor experiência em Enfermagem Clínica Médica e Obstetrícia, outras áreas citadas como experiência profissional foram Ortopedia, Saúde Pública, Controle de Infecção, dentre os motivos citados por não estarem atualmente trabalhando com a assistência, alguns motivos estão relacionados com a falta de novas oportunidades de trabalho, e envolvimento integral com as atividades da docência que demandam tempo e preparo.

Com relação a Estratégia SR, a grande maioria 83% diz conhecer essa abordagem de ensino, sendo que destes 50% possui experiência em SR, 33% dizem utiliza-la sempre ao ministrar suas aulas.

Acreditam que as aulas com abordagem de ensino Simulação Realística conferem raciocínio clínico ao discente (67%), e acreditam que o aluno tem

interesse no ensino baseado em simulação realística. Afirmam ainda que o laboratório de habilidades não é adequado para o ensino em SR e que a IES não investe o suficiente para o desenvolvimento destas aulas.

Quando perguntado as professoras porque as mesmas não utilizam a Simulação Realística em suas aulas as respostas encontradas foram a necessidade de aula prévia teórica como requisito necessário para que o aluno tenha conhecimento antes de ter uma aula baseada em SR, falta de aperfeiçoamento do próprio docente.

Foi pedido ainda as docentes que enumerassem as vantagens relacionadas ao ensino baseado em Simulação Realística dentre as respostas encontradas foram citados os seguintes benefícios: a relação entre a teoria e prática, o desenvolvimento de raciocínio clínico em casos complexos e individualizados, o favorecimento de decisão no campo da prática aliado a capacitação do discente, preparando-o para situações inusitadas, a efetivação do processo ensino aprendizagem, a facilidade de comunicação do discente, por uma vivência prévia deste que adquire coordenação de movimentos traduzido em desenvoltura e precisão, ao manusear o material e familiarizar-se com os processos de execução, pois segundo os docentes a estratégia permite ainda inserir o aluno em situações concretas da realidade que serão resolvidas pelos mesmos no cenário da prática possibilitando fazer as habilidades em um ambiente que permite erros sem arriscar a segurança do paciente, minimizando o impacto com a realidade.

Com relação as desvantagens ao ensino baseado em SR as respostas encontradas foram falta de habilidade do professor, aliada a dificuldade deste em criar situações reais para o desenvolvimento da prática de ensino, associado a falta de conhecimento de novas tecnologias de ensino e assistência, além de necessidade constante de atualização, prejudicada pela falta de tempo relacionado a cobranças nas questões teóricas e ausência de tempo para dedicação a pesquisa.

Outras desvantagens estão relacionadas a aulas baseadas no imaginário, tendo dificuldade de transmitir algumas situações, o impacto do aluno ao exercer qualquer atividade quando em contato com o ambiente hospitalar ou ainda em qualquer outra atividade, associado ao despreparo teórico do discente que foi citado por dois docentes.

A falta de capacitação do professor inclusive ao manusear os equipamentos, aliado a desinteresse do mesmo, também foi citado como desvantagem que estaria ligada as condições de trabalho (número de alunos versus atividades docentes excessivas, falta de materiais - citado por dois docentes).

## Discussão

As Diretrizes Curriculares Nacionais para o curso de Enfermagem, versam sobre a importância de se formar um enfermeiro com competência para tomada de decisões, baseada em um saber prático capaz de avaliar condutas apropriadas diante a sua realidade.<sup>15</sup>

Neste sentido, o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) estabelece que toda atividade desenvolvida pelo estudante é de responsabilidade da instituição formadora, não importando o nível de formação técnico ou superior

através de laboratórios específicos, para que o aluno desenvolva atividades compatíveis com o exercício da profissão e estabelece ainda que as aulas práticas devem ser de competência do Enfermeiro Docente.<sup>23</sup>

Assim no estudo proposto foi evidenciado que a maioria das docentes eram de profissionais enfermeiras com formação *Stricto Sensu*, com maior nível de titulação Mestrado, sendo considerado um fator importante, pois a qualidade do ensino superior está relacionada com a titulação do corpo docente que é, atualmente, uma das variáveis avaliadas pelo Sistema Nacional de Avaliação de Ensino Superior.<sup>24</sup>

Porém essa qualidade pode ser diminuída quando se percebe que a maioria das professoras pesquisadas estão trabalhando no regime de trabalho horista e ainda que as mesmas não participaram até o momento de discussões do projeto pedagógico do curso.

Neste sentido o professor que é tido como o sustentador e mediador do processo ensino aprendizagem e inovação deve ser ativo na participação de discussão sobre o projeto pedagógico do curso construído coletivamente centrado na formação do corpo discente para formar um profissional com competência para tomada de decisões, o que é inviabilizado quando o regime de trabalho é horista.<sup>18,25</sup>

Percebeu-se que as participantes tinham envolvimento incipiente com a pesquisa e extensão, levando ao enfraquecimento da qualidade do ensino superior, uma vez que é necessário a existência do envolvimento do docente em atividades de pesquisa para desenvolvimento e atualização de seu trabalho.<sup>4,25</sup>

A experiência profissional na assistência de enfermagem hospitalar, é outro fator a ser considerado quando falamos em qualidade do ensino superior. Observou-se que todas as docentes possuem essa experiência, porém nem todas a exercem atualmente.

Dessa forma à docência deve estar atrelada a experiência e atuação do profissional na assistência, visto que este afastamento separa a teoria da prática, impedindo-o de descrever a realidade, reduzindo a confiança do próprio docente, fazendo com que este acredite ser apenas um idealista distante da realidade hospitalar.<sup>1,24</sup>

Quanto ao ensino baseado na estratégia SR os docentes referem que a utilizam em suas aulas, porém apenas uma pequena parte faz seu uso constante. No entanto a qualidade na formação da área da saúde ocorre quando o ensino em simulação realística é realizado antes do discente ir para a atividade clínica.<sup>26</sup>

Já que o ensino baseado na estratégia SR, promove aos educadores da área de enfermagem a oportunidade de quantificar a integração do discente diante das várias modalidades profissionais.<sup>11</sup>

E é pela formação teórica e prática que ocorre a atualização do conhecimento principalmente com relação ao contexto prático que deve ser baseado em evidências científicas rompendo com o modelo arcaico de ensino focado na experiência única de pacientes, o que gera falta de uniformidade do processo de aprendizagem pois permite vazios pela falta de oportunidade e experiência na formação acadêmica.<sup>4,26</sup>

Uma vez que com as constantes inovações na área da saúde o enfermeiro pode se deparar com procedimentos que ainda não tinha tido a oportunidade de vivenciar, durante sua formação ou campo de trabalho, gerando a

probabilidade de erro quando a situação for realizada pela primeira vez.<sup>26</sup>

Dessa maneira a SR possibilita ao aluno vivenciar, em tempo real, situações frequentes na prática do cuidado, ocorrendo assim à consolidação do conhecimento de forma segura que fortalece as teorias apreendidas no ambiente de sala de aula, oportunizando a interação dos alunos na identificação e reconhecimento de sinais e sintomas que já foram aprendidos, porém que estão latentes, principalmente quando em uma situação inesperada.<sup>27</sup>

Desta forma é necessário que haja investimento no Laboratório de Habilidades uma vez que é o ambiente ao qual permite utilizar a estratégia SR e se faz necessária para que o estudante tenha a oportunidade adquirir habilidades, onde o constrangimento deste frente a realidade é minimizado, contribuindo para a segurança do paciente.<sup>10</sup>

Contudo, ao questionar sobre o investimento da instituição frente a formação baseada em SR a grande maioria dos docentes foram categóricos em afirmar que a universidade não investe o suficiente no ensino baseado em simulação e ainda que o laboratório de habilidades da instituição pesquisada não é adequado ao ensino de simulação.

Durante o levantamento de simuladores que compõem o laboratório de habilidades da instituição percebeu-se que a grande maioria são de baixa fidelidade, e apenas dois modelos são de média e alta fidelidade, já arcaicos em relação ao que existe de lançamento no mercado.

Espera-se que o laboratório seja bem instalado, servindo para várias atividades desenvolvidas ao longo do curso, permitindo aos alunos realizar treinamento tanto nas aulas programadas quanto em horários livres, para que estes tenham a oportunidade de atingir níveis adequados de conhecimento antes de ir para o campo na prática, que só é possível quando há investimentos tanto financeiros como no aperfeiçoamento do ensino ofertado, sendo importante a existência de um programa de manutenção da infraestrutura desses ambientes.<sup>10</sup>

Visto que as instituições que desejam ser centros de excelência com relação a qualidade do ensino que é ofertado aos seus alunos devem se preocupar se seus discentes serão formados com um elevado desempenho técnico-científico. Ressaltando que isso se faz através do investimento no ensino prático simulado.<sup>26</sup>

Desta maneira uma escola que pretenda ser inovadora atualizada e voltada para o futuro, deve aproveitar as potencialidades das tecnologias atuais para fomentar o desenvolvimento de competências em seus estudantes.<sup>26</sup>

Fato este que corrobora com a visão dos profissionais pesquisados que acreditam que a simulação realística confere ao aluno raciocínio clínico, aliado ao interesse dos discentes em aulas baseadas na estratégia SR.

Visto que a estratégia SR permite a promoção e a avaliação objetiva do desempenho discente, que deixa de ter uma atitude passiva em relação ao seu aprendizado, gerando autoconfiança.<sup>28</sup>

Permitindo a incorporação de inúmeros benefícios porque sua inclusão na formação educacional desenvolve nos discentes, atributos relacionados ao campo cognitivo, afetivo, psicomotor e atitudinal, além de proporcionar maior segurança para atuação no campo de trabalho.<sup>3,27</sup>

Desta mesma forma o pensamento das docentes corrobora de maneira inerente pois as mesmas enumeram várias vantagens quando se utilizam da SR,

tais como: o desenvolvimento da comunicação; a coordenação de movimentos; o desenvolvimento de raciocínio clínico e a minimização do impacto com a realidade.

Entretanto vale ressaltar que também foram citadas desvantagens quanto ao uso da metodologia transcorrida, tais como, o impacto do aluno quando este exerce qualquer atividade relacionada com o contato hospitalar. Ocorre que essa dificuldade pode estar relacionada a carência de conhecimento o que leva a falta de atitude frente uma situação clínica concomitante com a ansiedade limitando o desempenho do estudante durante a SR.<sup>27</sup>

Todavia o desenvolvimento de competências na prática e a identidade do futuro profissional só é alcançado quando o discente tem impacto com a realidade logo no início da formação, sendo este um processo complexo e sem fim que passa por diferentes fases.<sup>29</sup>

Uma das docentes afirmou a falta de capacitação ligada as condições de trabalho refletida por atividades excessivas, como desvantagem para o ensino baseado em SR. Isso pode ser resolvido através do estabelecimento de programas de formação continuada na perspectiva da ação-reflexão-ação construída coletivamente através do saber experiencial, o ciclo de vida do professor.<sup>4,30</sup>

Por fim, pouco se conhece sobre estudos relacionados ao perfil do corpo docente de enfermagem para o ensino na utilização da Estratégia da SR, porém o estudo evidenciou a importância do emprego de novas técnicas como forma de proporcionar a formação de um egresso com o perfil de tomada de decisões baseadas em uma vivência prática.

## Conclusão

O ensino baseado na estratégia SR, é importante para a formação de um enfermeiro com competência em tomada de decisões, para tanto é necessário que o corpo docente que irá formar este egresso seja capacitado, sendo necessário que o docente receba incentivos adequados para a busca de uma profissionalização que permita a este ofertar um ensino de qualidade.

Neste sentido, a instituição a qual ele faz parte é o ponto chave para adquirir este conhecimento, pois não há como conter um profissional docente qualificado quando este está sob um regime de trabalho horista, visto que este regime não permite o desenvolvimento de atividades de pesquisa e extensão e muito menos a construção de um PPC que é a base primordial para o alcance da qualidade do ensino.

A universidade deve buscar ser um local de ensino de excelência e inclusive em suas aulas práticas, sendo que a estratégia SR possibilita o mesmo conferir qualidade ao ensino que formará o futuro profissional refletindo em uma força de trabalho interligada com a qualidade e segurança do paciente.

Contudo devem existir esforços para chegar a um denominador comum, nesta perspectiva não se pode dizer que seja apenas implantar a estratégia simulação realística que irá conferir qualidade ao ensino, e sim criar soluções adequadas e corajosas, como evitar o regime de trabalho horista, e ao mesmo tempo criar formas de proporcionar ao docente investimento em sua área profissional que é possibilitado principalmente com a pesquisa.

Para tanto se faz necessário investimento constante na capacitação deste

docente, em cursos que proporcione a ele a renovação dos conceitos de simulação, considerando que é uma estratégia relativamente nova e que necessita de atualização constante, para isso deve-se formar uma equipe que seja responsável pelo monitoramento das aulas práticas.

Ainda são necessários mais estudos que abordem a temática da docência em ensino de SR, para auxiliar na formação dos futuros profissionais docentes de enfermagem, com base na mais alta tecnologia e inovação, a fim de garantir qualidade do egresso, ao mesmo tempo segurança do paciente e excelência profissional.

## Referências

1. Barreto DG, Silva KGN, Moreira SSC, Silva TS, Magno MCS. Simulação realística como estratégia Ferreira RP, Guedes HM, Oliveira DWD, et al. Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro 2018; 8/2508 de ensino para o curso de graduação em enfermagem: Revisão integrativa. Rev. baiana enferm. 2014 maio/ago 28(2):208-14. Disponível em: <https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/viewFile/8476/8874>
2. Brandão FS, Collares CF, Marin HF. A simulação realística como ferramenta educacional para estudantes de medicina. Sci Med [Internet]. 2014 [citado 2015 abr. 22];24(2) Disponível em: Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/scientiamedica/article/viewFile/16189/11485>
3. Stahnke F, Lima A, Barros PRM, Bez M. Aprendizagem baseada em projetos: o caso health simulator. trc [Internet]. 30dic.2015 [citado 20abr.2019];15(2):39-8. Available from: <https://revistas-tecnologicocomfenalco.info/index.php/tekno/article/view/491>
4. Moraes-Filho IM, Carvalho-Filha FSS, Almeida RJ, Guilherme IS. O currículo no ensino superior: adequações necessárias para o despertar dos egressos. Rev. Cient. Sena Aires. 2017; 6(1):1-2.
5. Ferreira C, Carvalho JM, Carvalho FL de Q. Impacto da metodologia de simulação realística, enquanto tecnologia aplicada à educação nos cursos de saúde. In: Seminário de Tecnologias Aplicadas a Educação e Saúde, 2, 2015 Out 26-27; Salvador (BA). Salvador: UNEB; 2015. p.32-40.
6. Sanino GEC. O uso da simulação em enfermagem no Curso Técnico de Enfermagem. J Health Inform. 2012;4(n.esp):148-51.
7. Silva GRF. Laboratório de simulação de práticas clínicas: Avanços na formação de recursos humanos na Enfermagem do Piauí. Revista de Enfermagem UFPI. 2012; 1 (3):155-7.
8. Gaba DM. The future vision of simulation in health care. Qual Saf Health Care 2004;13 (Suppl 1):i2-10.
9. Vieira RQ, Caverni LMR. Manequim de simulação humana no laboratório de enfermagem: uma revisão de literatura. Hist Enferm Rev Eletrônica. 2011;105-20. [Citado em 2012 jan. 25]. Disponível em: <http://www.abennacional.org.br/centrodememoria/here/n3vol1artigo7.pdf>
10. Troncon LE, Maffei CM. A incorporação de recursos de simulação no curso de graduação em medicina da faculdade de medicina de ribeirão preto - USP.

- RMRP [Internet]. 30jun.2007 [citado 20abr.2019];40(2):153-61. Available from: <https://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/311>
11. Santos MC, Leite MCL. A avaliação da aprendizagem na prática da simulação em enfermagem como feedback de ensino. *Rev Gaucha Enferm.* 2010;31(3):552- 6.
  12. J. Bass, "Revolutionizing Engineering Science through Simulation". *Simulation-Based Engineering Science*, Virginia: National Science Foundation. Pp. 66.
  13. Overstreet M. The use of simulation technology in the education of nursing students. *Nurs Clin North Am* [Internet]. 2008 Dec [updated 2015 Mar 18; cited 2014 Apr 07];43(4):593-603. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18940416> DOI: 10.1016/j.cnur.2008.06.009
  14. Seropian MA1, Brown K, Gavilanes JS, Driggers B. Simulation: not just a manikin. *J. Nurs. Educ.*2004 ;43(4):164-9.
  15. Brasil. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. Resolução CNE/CES nº 3, de 7 de novembro de 2001
  16. Moraes-Filho IM, Carvalho-Filha FSS, Viana LMM. O que é ser enfermeiro? *Rev Inic Cient Ext.* 2019;2(2):1-2
  17. Santos TN, Moraes-Filho IM, Silva RM, Félix KC, Pereira TC, Arantes AA, Souza ACS. Competências e habilidades para prevenção e controle de infecções identificadas no projeto pedagógico de um curso de graduação em enfermagem. *Braz. J. Hea. Rev.*2019; 2(2):701-17.
  18. Arantes AA, Santos-Neto EC, Camargo LGA, Moraes-Filho IM, Santos OP, Caetano SRS. A relevância do docente na formação do enfermeiro. *Rev Inic Cient Ext.* 2018; 1(Esp): 193-201.
  19. Dal Sasso, GTM, Souza, MdL. A simulação assistida por computador: a convergência no processo de educar-cuidar da enfermagem. *Texto & Contexto Enfermagem* [Internet]. 2006;15(2):231-239. Recupera do de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=71415206>
  20. Gomez MV, Vieira JE, Scalabrini Neto A. The background of professors in health fields that use simulation as a teaching strategy. *Rev Bras Educ Med* [Internet]. 2011[cited 2016 Aug 07];35(2):157-62. Available from <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v35n2/03.pdf>
  21. Peteani LA. Enhancing clinical practice and education with high-fidelity human patient simulators. *Nurse Educ.* 2004 Jan-Feb;29(1):25-30
  22. Teixeira Carla Regina de Souza, Kusumota Luciana, Braga Fernanda Titareli Merizio Martins, Gaioso Vanessa Pirani, Santos Cláudia Benedita dos, Silva Vivian Libório de Sousa e et al . El uso de simulador en la enseñanza de evaluación clínica en enfermería. *Texto contexto - enferm.* [Internet]. 2011 [cited 2019 Apr 20] ; 20( spe ): 187-193. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072011000500024&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072011000500024&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072011000500024>.
  23. Leadebal O, Fontes W, Silva C. Ensino do processo de enfermagem: planejamento e inserção em matrizes curriculares. *REEUSP* [Internet]. 1mar.2010 [citado 20abr.2019];44(1):190-8. Available from: <https://www.revistas.usp.br/reusp/article/view/40526>

24. Brasil Ministério da Educação. Instrumento de Avaliação de Cursos de Graduação presencial e a distância. Brasília: MEC, 2011.
25. Araújo BLS, Gomes DV, Pires VS, Moraes Filho IM, Costa ALS. Estresse Ocupacional em Docentes de uma Instituição de Ensino Superior da região metropolitana de Goiânia. *REVISA*. 2015; 4(2): 96-104.
26. Martins José Carlos Amado, Mazzo Alessandra, Baptista Rui Carlos Negrão, Coutinho Verónica Rita Dias, Godoy Simone de, Mendes Isabel Amélia Costa et al . A experiência clínica simulada no ensino de enfermagem: retrospectiva histórica. *Acta paul. enferm.* [Internet]. 2012 [cited 2019 Apr 20] ; 25( 4 ): 619-625. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002012000400022&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000400022&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002012000400022>.
27. Magro MCS, Barreto DG, Silva KGN, Moreira SCR, Silva TS, Santos CE. Vivência prática de simulação realística no cuidado ao paciente crítico: Relato de experiência. *Rev Baiana Enferm.* 2012 maio/ago;26(2):556-61. DOI: 10.18471/rbe.v26i2.6544
28. Baptista Rui Carlos Negrão, Martins José Carlos Amado, Pereira Maria Fátima Carneiro Ribeiro, Mazzo Alessandra. High-Fidelity Simulation in the Nursing Degree: gains perceived by students. *Rev. Enf. Ref.* [Internet]. 2014 Mar [citado 2019 Abr 21] ; serIV( 1 ): 135-144. Disponível em: [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0874-02832014000100015&lng=pt](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832014000100015&lng=pt). <http://dx.doi.org/10.12707/RIII13169>.
29. Simões JFFL, Garrido AFS. Finalidade das estratégias de su-pervisão utilizadas em ensaio clínico em enfermagem. *Texto Contexto Enferm.* 2007;16(4):599-308. Correspondência: edvane b. L. de domenico Rua Napoleão de Barros, 754 - Vila Clementino CeP 04024-002 - São Paulo, SP, brasil
30. Costa LDS, Pessoni LML, Moraes-Filho IM, Santos CCT, Queiroz HA, Araujo LM. Importância e necessidade de formas de organização e gestão escolar. 2018; 7(3): 214-27.

**Autor de Correspondência**

Iel Marciano de Moraes Filho  
Universidade Paulista, Departamento de  
Enfermagem. Quadro 913, Bloco B - Asa Sul. CEP:  
70390-130. Brasília, Distrito Federal, Brazil.  
E-mail: [ielfilho@yahoo.com.br](mailto:ielfilho@yahoo.com.br)

# Cuidados de mulheres para o controle e a prevenção da hipertensão arterial no ambiente familiar

## The care of women in the control and prevention of arterial hypertension in the family environment

Cátia Suely Palmeira<sup>1</sup>, Maiara de Menezes Rabelo<sup>1</sup>, Fernanda Carneiro Mussi<sup>2</sup>

### Como citar:

Palmeira CS, Rabelo MM, Mussi FC. Cuidados de mulheres para o controle e a prevenção da hipertensão arterial no ambiente familiar. REVISA. 2019; 8(3):285-95. Doi: <https://doi.org/10.36239/revisa.v8.n3.p285a295>

# REVISA

1. Escola Baiana de Medicina e Saúde Pública. Salvador, Bahia, Brasil.

2. Universidade Federal da Bahia, Departamento de Enfermagem. Salvador, Bahia, Brasil.

Recebido: 19/04/2019  
Aprovado: 10/06/2019

### RESUMO

**Objetivo:** Identificar os cuidados realizados por mulheres hipertensas para o controle deste agravo e sua prevenção no ambiente familiar. **Método:** Estudo descritivo, sendo entrevistadas 126 mulheres em unidade ambulatorial, em Salvador-BA. **Resultados:** Constatou-se elevada frequência de ingestão de alimentos ricos em sódio (66,6%), hábito de preparar o feijão com carnes salgadas (63,5%), sedentarismo (72,2%), não fracionamento das refeições (73,8%) e baixo consumo de alimentos integrais (74,6%). Apesar de 34,1% residirem com algum familiar hipertenso, 64,1% não conversavam com familiares sobre a prevenção e controle da doença, 73,0% não os orientavam para a aferição da pressão arterial e 50% não reduziam o sal para toda a família. **Conclusão:** A maioria não realizava o autocuidado necessário ao controle da doença e não estendia à família os cuidados referentes à prevenção. É preciso conhecer crenças e barreiras para adesão à terapêutica e compartilhar com as mulheres uma proposta de cuidado que possa ser estendida à família. **Descritores:** Hipertensão; Cuidado; Prevenção; Enfermagem.

### ABSTRACT

**Objective:** To identify the care performed by hypertensive women for the control of this grievance and its prevention in the family environment. **Method:** Descriptive study with the interview of 126 women in an outpatient clinic, in Salvador-BA. **Results:** The following was verified: a high frequency of ingestion of food with elevated levels of sodium (66.6%), the habit of preparing beans with salted meat (63.5%), sedentary lifestyles (72.2%), not fractioning meals (73.8%) low consumption of whole foods (74.6%). Despite 34.1% living with some hypertensive family member, 64.1% did not talk with the family about prevention and control of the disease, 73.0% did not guide them to check their blood pressure and 50% did not reduce the content of salt for the whole family. **Conclusion:** Most did not perceive the self-care necessary for the control of the disease and did not extend to the family the cares related to prevention. It is necessary to understand the beliefs and barriers for adherence to the therapeutics and share with the women a proposal for the care that can be extended to the family. **Descriptors:** Hypertension; Care; Prevention; Nursing.

ORIGINAL

## Introdução

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma doença crônica multifatorial, de detecção muitas vezes tardia por sua evolução lenta e silenciosa. Consiste em um dos mais importantes fatores de risco para as doenças cardiovasculares, ocupando lugar de destaque no contexto da morbidade e mortalidade da população adulta em todo o mundo.<sup>1</sup> Apresenta aumento da prevalência ao longo dos anos acometendo entre 21,5% a 24,4% dos brasileiros<sup>2</sup> sendo responsável pela diminuição da expectativa de vida, pela alta frequência de internações e pelos custos médicos e sociais elevados.<sup>3</sup>

Entre os diversos fatores que contribuem para o surgimento da HAS, sabe-se que tanto os genéticos quanto os ambientais desempenham um importante papel destacando-se a idade, o sexo, a raça/cor, a hereditariedade, a obesidade, o estresse psicossocial, a vida sedentária, o consumo excessivo de bebida alcoólica, a alta ingestão de sódio e o padrão alimentar inadequado.<sup>3</sup> Estima-se que a contribuição da carga genética para a variação da pressão arterial situa-se entre 30% e 60%.<sup>4</sup> Apesar da associação da HAS com os fatores constitucionais, a prevenção e o controle da doença ou a postergação do seu surgimento podem ser alcançados pela adoção de um estilo de vida saudável que deve ser preservado desde a infância.<sup>6</sup>

A prevenção primária, definida como a implementação de ações e estratégias antes do surgimento de uma doença deve ser dirigida aos fatores envolvidos na sua gênese a fim de impedir ou retardar o seu desenvolvimento.<sup>7</sup> No caso da prevenção primária da HAS, estas ações podem ser desenvolvidas em larga escala (estratégias populacionais) e com a população de maior risco para a doença (estratégias para indivíduos selecionados). Neste último, as ações devem atingir indivíduos em ambientes mais específicos, como o domicílio e local de trabalho e devem incluir cuidados voltados à prevenção e o controle de fatores de risco modificáveis.<sup>6</sup>

Profissionais de saúde por meio de ações educativas podem ajudar as pessoas com hipertensão na adoção de hábitos de vida necessários ao controle da doença e ao desenvolvimento de habilidades de cuidado com si própria,<sup>8</sup> bem como a transformarem-se em multiplicadores de conhecimentos. Essas por sua vez poderão compartilhar esses cuidados e saberes com outros membros de sua família colaborando para a prevenção da doença e de complicações no âmbito familiar. Geralmente a construção e negociação de significados para a provisão de cuidados se dão nas famílias e entre as pessoas com as quais se relacionam.<sup>9</sup>

A família é considerada como a microestrutura de maior peso para compreensão do processo de adoecimento e para conduzir práticas de cuidar em saúde dirigidas a seus membros e os padrões culturais tem definido a mulher como a figura que tem incorporado as funções de orientar ou realizar a maioria das tarefas domésticas relativas à alimentação e o cuidado dos seus membros.<sup>10</sup>

Dada a sua importância os profissionais de saúde devem considerar a família uma parceira no cuidado com a doença no contexto familiar oferecendo suporte educativo para que possa inovar e estimular práticas de sua prevenção e controle. Para tal, precisam conhecer como os cuidados de promoção à saúde e prevenção de agravos são realizados nesse âmbito tanto pelos familiares

hipertensos como por aqueles que não desenvolveram a doença.

Apesar da grande quantidade de estudos sobre cuidados relacionados ao controle da HAS, pesquisas referentes ao compartilhamento de pessoas hipertensas sobre os cuidados com seus familiares visando à prevenção primária da doença no ambiente familiar ainda são incipientes. O próprio autocuidado de um membro da família hipertensa poderá expressar ou não aos demais membros a aderência aos cuidados para a prevenção e controle da doença.

Com base no exposto, este estudo teve como objetivo identificar os cuidados realizados por mulheres com hipertensão arterial para o controle deste agravo e a sua prevenção no ambiente familiar.

## Método

Trata-se de um estudo quantitativo descritivo realizado em um ambulatório de uma instituição privada de ensino superior na cidade de Salvador, Bahia.

A amostra de conveniência foi constituída por 126 mulheres atendidas no ambulatório no período de fevereiro a abril de 2015, as quais atenderam aos seguintes critérios de inclusão: diagnóstico médico de hipertensão arterial, conhecimento sobre o seu diagnóstico e idade acima de 18 anos.

As mulheres foram entrevistadas utilizando-se um instrumento com questões fechadas contendo: dados sociodemográficos (idade, raça/cor autodeclarada, estado civil, escolaridade, renda familiar mensal, situação laboral, número de filhos, com quem mora); dados sobre a HAS (antecedentes familiares de HAS; conhecimento da herança genética como fator de risco para HAS, residência com familiar hipertenso); e cuidados referentes ao controle da sua HAS e a prevenção e o controle da doença em membros da sua família.

Os dados foram registrados e processados no programa *Statistical Package of Social Sciences* (SPSS 14.0) e analisados em números absolutos e percentuais, média e desvio padrão.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, parecer 524.549 e respeitou os princípios éticos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Todas as mulheres assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) após leitura e esclarecimento sobre os objetivos e procedimentos da pesquisa.

## Resultados

A média de idade das mulheres foi de 57,2 anos (DP = 10,6), idade mínima de 29 e máxima de 88 anos e o tempo médio de diagnóstico da HAS de 11,6 anos (DP = 10,4). Predominaram mulheres autodeclaradas da cor parda e preta (55,6%), com ensino fundamental incompleto (39,7%), com renda familiar mensal de 1 a 3 salários mínimos (55,6%), que viviam sem companheiro (61,9%). No que se refere à atividade laboral, 27,8% eram ativas tendo 11,9% vínculo empregatício formal e sendo 15,9% autônomas. Maior percentual tinha filhos (89,7%) e convivia no mesmo domicílio com filhos e netos (76,2%). Mais da metade das entrevistadas (50,8%) não considerava a herança genética como fator de risco para a HAS (Tabela 1).

A maioria das mulheres possuía antecedentes familiares de HAS (83,3%). Um percentual de 34,1% residia com algum familiar com diagnóstico de HAS, dos quais 34,9% eram filhos e netos, 39,5% companheiros e 25,6% mãe e irmãos. A média de moradores no mesmo domicílio das entrevistadas foi de 2,4 pessoas (DP = 1,5), variando de 1 a 8 pessoas.

**Tabela 1.** Distribuição das mulheres segundo as características sociodemográficas. Salvador, BA, Brasil, 2015.

<b>Características sociodemográficas</b>	<b>n (%)</b>
<b>Raça/cor autodeclarada</b>	
Branca	11 (8,7)
Parda	70 (55,6)
Preta	45 (35,7)
<b>Escolaridade</b>	
Analfabeto/ Sabe ler e escrever	16 (12,7)
Ensino fundamental incompleto	50 (39,7)
Ensino fundamental completo	16 (12,7)
Ensino médio incompleto	8 (6,3)
Ensino médio incompleto	34 (27,0)
Nível superior	2 (1,6)
<b>Renda familiar mensal</b>	
< 1 salário mínimo	54 (42,9)
1-3 salários mínimos	70 (55,6)
4-5 salários mínimos	2 (1,6)
<b>Estado civil</b>	
Solteira/ Separada/ Viúva	78 (61,9)
Casada/ União estável	48 (38,1)
<b>Situação laboral</b>	
Aposentada sem atividade	40 (31,7)
Trabalho com vínculo empregatício	15 (11,9)
Autônoma	20 (15,9)
Desempregada	33 (26,2)
Do lar	18 (14,3)
<b>Reside com descendentes (filhos e netos)</b>	
Sim	96 (72,2)
Não	30 (23,8)
<b>Reside com familiar hipertenso</b>	
Sim	43 (34,1)
Não	83 (65,9)
<b>Considera a hereditariedade como fator de risco para a HAS</b>	
Sim	62 (49,2)
Não	64 (50,8)

Quanto aos cuidados adotados para o controle da sua hipertensão (Tabela 2) observou-se que 13,5% das mulheres não faziam acompanhamento médico periódico. No que se refere aos hábitos alimentares, o consumo de alimentos ricos em sódio foi frequente, visto apenas 33,3% o fazia menos de 2 vezes por semana. Além disso, mais da metade das mulheres (63,5%) consumia habitualmente feijão preparado com carnes salgadas. A maioria das mulheres não consumia alimentos ricos em gordura saturada (60,3%), mas mais de um terço ainda mantinha esse comportamento duas ou mais vezes por semana. A fritura não foi referida como uma forma frequente de preparo dos alimentos (57,1%).

Observou-se baixo consumo de alimentos integrais, pois 42,9% consumiam menos de duas vezes por semana e somente 17,5% diariamente. O hábito comer frutas e verduras diariamente foi constatado para 57,9% e, de 4 a 6 vezes por semana, para 19,0%. Quanto ao fracionamento das refeições a maioria (73,8%) não se alimentava de 3 em 3 horas (Tabela 2)

Das 27,8% mulheres que praticavam atividade física regularmente (três ou mais vezes por semana), 82,9% realizavam caminhada, 5,7% faziam hidroginástica e 11,4% praticavam atividade aeróbica e musculação. Entre as 91 (72,2%) mulheres que não realizavam atividade física regular, os motivos referidos relacionaram-se a queixas de ordem física como dores osteomusculares, cansaço e problemas visuais (18,3%), contraindicação médica (8,7%); problemas de ordem emocional incluindo desmotivação, preguiça e desânimo (16,7%), falta de tempo (23,8%) e falta de infraestrutura no bairro de residência (4,0%).

**Tabela 2** - Distribuição das mulheres segundo cuidados adotados para o controle da sua hipertensão. Salvador, BA, Brasil, 2015.

Variáveis	n (%)
<b>Acompanhamento médico</b>	
Sim	109 (86,5)
Não	17 (13,5)
<b>Consumo de alimentos ricos em sódio</b>	
Diariamente	17 (13,5)
4 a 6 vezes na semana	24 (19,0)
2 a 3 vezes na semana	43 (34,1)
Menos de 2 vezes na semana	42 (33,3)
<b>Preparo do feijão com carnes salgadas</b>	
Habitualmente	80 (63,5)
Às vezes	18 (14,3)
Não	28 (22,2)
<b>Consumo de alimentos ricos em gordura saturada</b>	
Diariamente	3 (2,4)
4-6 vezes semana	13 (10,3)
2-3 vezes semana	34 (27,0)
Menos de 2 vezes na semana	76 (60,3)
<b>Preparo de alimentos fritos</b>	
Diariamente	2 (1,6)
4-6 vezes semana	11 (8,7)
2-3 vezes semana	41 (32,5)
Menos de 2 vezes na semana	72 (57,1)

<b>Consumo de alimentos integrais</b>	
Diariamente	22 (17,5)
4-6 vezes semana	10 (7,9)
2-3 vezes semana	40 (31,7)
Menos de 2 vezes na semana	54 (42,9)
<b>Ingestão de frutas e verduras</b>	
Diariamente	73 (57,9)
4-6 vezes semana	24 (19,0)
2-3 vezes semana	26 (20,6)
Menos de 2 vezes na semana	3 (2,4)
<b>Fracionamento das refeições de 3 em 3h</b>	
Sim	33 (26,2)
Não	93 (73,8)
<b>Prática de atividade física*</b>	
Sim	35 (27,8)
Não	91 (72,2)

\*( $\geq 3$  vezes/semana no mínimo por 30 minutos)

Quanto ao cuidado que essas mulheres desenvolviam com seus familiares no domicílio, 64,1% não conversavam com eles sobre a prevenção e controle da hipertensão arterial e 73,0% não os orientavam para a aferição da pressão arterial periodicamente (Tabela 3).

No que se refere ao preparo da alimentação, 47,6% das mulheres preparavam a sua comida separada da família e 50%, não reduziam o uso de sal para toda a família.

As sessenta e três mulheres que reduziam o sal no preparo da comida para toda família observavam que 33,3% dos seus membros acrescentavam esse condimento depois da comida pronta (Tabela 3).

**Tabela 3** - Distribuição das mulheres segundo cuidados com os membros da família relacionados à prevenção e ao controle da HAS. Salvador, BA, Brasil, 2015.

<b>Cuidados com os membros da família</b>	<b>n (%)</b>
<b>Conversa com os filhos e netos sobre o risco da HAS em descendentes</b>	
Sim	44 (34,9)
Não	81 (64,1)
<b>Orienta membros da família para medir a pressão arterial periodicamente</b>	
Sim	33 (26,2)
Não	92 (73,0)
<b>Faz a comida separada para familiares</b>	
Sim	60 (47,6)
Não	66 (52,4)
<b>Reduz o sal para toda família</b>	
Sim	63 (50,0)
Não	63 (50,0)
<b>Observa a aceitação da comida preparada em casa com pouco sal (n=63)*</b>	
Sim, sem reclamar	21 (33,3)
Sim, reclamando	5 (7,9)
Acrescenta sal depois da comida pronta	21 (33,3)
Não come casa	16 (25,4%)

## Discussão

A média de idade de 57,2 anos encontrada neste estudo representa uma medida já esperada, pois a prevalência da HAS é maior na faixa etária de 55 anos ou mais. No Brasil, marcadamente para as mulheres nesta faixa etária, a prevalência da doença alcança 50%.<sup>11</sup> O elevado percentual de mulheres hipertensas de cor parda e negra é representativo da população de Salvador (81,9%) pelos dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.<sup>12</sup>

A baixa escolaridade identificada para as mulheres merece destaque, tendo em vista que os anos de estudo são uma boa aproximação com o nível socioeconômico, o qual também foi baixo, visto que a maioria das mulheres vivia com até três salários mínimos. Sabe-se que a doença cardiovascular, incluindo a HAS, é mais prevalente em classes sociais de menor renda e em pessoas de menor escolaridade.<sup>13</sup> A escolaridade e as condições socioeconômicas interferem nas condições de saúde da população no que se refere ao acesso ao sistema de saúde e compreensão da doença e terapêutica.

O fato de 76,2% conviverem com filhos e/ou netos e de 34,1% terem familiar com diagnóstico de HAS no seu domicílio, sendo alguns destes descendentes diretos, mostra a importância dos cuidados prestados por elas no âmbito domiciliar para a prevenção e o controle da doença tendo em vista seu papel socialmente e culturalmente determinado como “responsável pelos afazeres domésticos e familiares”.

Em relação aos cuidados da mulher para com a sua doença, o alto percentual de adesão ao acompanhamento médico periódico identificado neste estudo pode estar relacionado ao comportamento de gênero. No Brasil, observa-se que as mulheres tem maior disponibilidade para participar das atividades desenvolvidas nos serviços de saúde e dão maior atenção a ações preventivas e curativas.<sup>14-15</sup>

A elevada frequência de ingestão de alimentos ricos em sódio e o hábito de preparar o feijão com carnes salgadas indicam que as mulheres não estão adotando uma dieta hipossódica como recomendável para o controle da hipertensão. Está comprovado que o consumo de sal é um fator de aumento da pressão arterial e uma dieta com restrição de sódio contribui para a redução da pressão arterial.<sup>1</sup> Assim, orientações sobre o consumo de alimentos com baixo teor de sal, devem ser reforçadas no acompanhamento de mulheres com hipertensão e deve ser estimulada a extensão deste cuidado aos membros da família.

Apesar da maioria das mulheres consumirem alimentos ricos em gordura e usarem frituras no preparo das refeições em menos que duas vezes por semana, uma proporção expressiva consumia alimentos fritos e ricos em gordura em frequência superior. A ingestão de gorduras saturadas não é indicada, levando em consideração a prevenção da obesidade, pois a mesma eleva os valores tensionais e acarreta complicações cardiovasculares.<sup>1,16</sup> A despeito da comprovada proteção conferida para doenças crônicas pelo consumo de alimentos ricos em fibras,<sup>17</sup> esse hábito foi referido por apenas 25,4% das mulheres, na frequência de quatro ou mais vezes na semana.

O padrão de consumo de frutas e verduras encontrado neste estudo indica que pode haver algum grau de proteção cardiovascular para as entrevistadas, pois muitos dos alimentos vegetais são ricos em potássio que

induz à redução da pressão arterial.<sup>16</sup>

A maioria das mulheres não seguia a recomendação de fracionamento das refeições, não se alimentando de 3 em 3 horas. O fracionamento das refeições diárias contribui para o controle do peso, a redução dos níveis de colesterol sérico e a melhora da sensibilidade à insulina e, conseqüentemente, ajuda na prevenção de doenças cardiovasculares.<sup>16</sup>

O sedentarismo identificado para a maioria das mulheres as priva dos benefícios da prática de atividade física como o controle da pressão arterial e a redução do peso e do risco de doença cardiovascular.<sup>18</sup> O sedentarismo em mulheres na cidade de Salvador já foi comprovado, pois a prática de atividade física de forma regular foi constatada para somente 30,0% delas.<sup>11</sup> Sabe-se que existe associação entre o baixo nível de atividade física e a presença de hipertensão arterial e que indivíduos sedentários têm um risco 30% a 50% maior de desenvolver essa doença.<sup>19</sup>

A caminhada prevaleceu como modalidade de atividade física realizada pela maioria das mulheres, a qual não depende de equipamentos, é de baixo custo e acessível à população, sendo assim mais praticada pelas mulheres, idosos e indivíduos com baixa escolaridade e obesos.<sup>20</sup> Entre os vários motivos relacionados à inatividade física, a falta de tempo e os problemas emocionais relatados pelas mulheres merecem destaque, pois permite a equipe de saúde, especialmente a enfermeira, o desenvolvimento de ações para enfrentamento e superação destas dificuldades.

Apesar da maioria das entrevistadas referirem antecedentes de HAS, cerca de 50% não tinham conhecimento sobre a influência dos fatores genéticos na HAS. Sabe-se que quantificar cada um dos fatores genéticos e ambientais é uma questão difícil, mas a genética pode representar a ponte através da qual os fatores ambientais interagem.<sup>5</sup> O desconhecimento desse aspecto pode contribuir para que as pessoas susceptíveis não desenvolvam os cuidados relacionados à prevenção da doença, bem como para que aquelas já hipertensas não estendam os cuidados preventivos aos membros de sua família.

Quanto aos cuidados dirigidos aos membros da família, observou-se que a maioria não tinha o hábito de conversar e ensinar seus filhos e netos sobre a prevenção da HAS. Considerando que a contribuição dos fatores genéticos para a gênese da HAS está bem definida,<sup>21</sup> as medidas de prevenção precoce no ambiente familiar são necessárias para evitar a doença em descendentes. A compreensão da doença por parte dos descendentes possibilita maior envolvimento no cuidado de seu familiar hipertenso, bem como no autocuidado, repercutindo no empoderamento da família para a prevenção e o controle da doença.

Constatou-se neste estudo que alta frequência das mulheres não orientava seus descendentes a realizar a aferição da pressão arterial periodicamente. Este dado é relevante uma vez que a HAS é uma doença silenciosa e a verificação da pressão arterial é o elemento chave para sua detecção e tratamento precoce, e conseqüentemente, para a redução de complicações.<sup>22</sup>

Chamou atenção neste estudo o alto percentual de mulheres (47,6%) que preparava comida diferente para os outros membros da família. Este hábito pode significar que uma alimentação "mais saudável" com baixo teor de gorduras e sódio não seria compartilhada por toda a família. Uma possível explicação para este resultado pode ter relação com a compreensão menos

abrangente do processo saúde-doença, que resulta em comportamentos que privilegiam o cuidado curativo somente quando a doença já está instalada em detrimento do cuidado preventivo.

O fato de que somente metade das entrevistadas reduzia o sódio para toda a família evidencia que poucos membros se beneficiavam desta medida, sobretudo os já diagnosticados com hipertensão. Assim o consumo de alimento com pouco teor de sódio e de gorduras deveria ser um cuidado para todos do domicílio, considerando a existência de outros familiares com HAS, a hereditariedade da doença e possibilidade da prevenção primária. Na medida em que existem familiares filhos e netos, possivelmente em idade jovens, não há dúvidas que o padrão alimentar da família desempenha um papel fundamental no desenvolvimento dos hábitos alimentares saudáveis em todas as fases da vida.<sup>23</sup>

Outro dado que merece ser ressaltado é o percentual de familiares que acrescentava sal após a comida pronta, ainda mais, quando se sabe que o consumo de sódio no Brasil já se mantém em níveis acima da recomendação máxima para esse nutriente em todas as macrorregiões e classes de renda brasileiras.<sup>24</sup> Tendo em vista a alta frequência (30% a 50%) de sensibilidade ao sal entre os indivíduos hipertensos e o costume da população brasileira de consumir o dobro da quantidade máxima de sal recomendada, a restrição de sal na dieta é uma medida recomendada não apenas para hipertensos, mas para a população de modo geral, pois a esta pode retardar o uso de terapia anti-hipertensiva, pode facilitar a redução da pressão arterial em pessoas hipertensas que usam antihipertensivos, e pode representar reduzir morbidade e mortalidade cardiovascular.<sup>25</sup>

Uma das recomendações é que além da redução de sódio na comida, o salero não deve ser colocado na mesa, para evitar novos acréscimos deste à alimentação.<sup>16</sup>

Ao discutir cuidados à saúde no âmbito da família, podemos pensar que esta possui representações culturais, coletivas e pessoais que interagem para resultar em uma determinada forma de cuidar de si e de outros. As famílias podem atuar como reprodutoras de comportamento, costumes e crenças, baseadas na sua percepção sobre o processo saúde/doença. A família pode contribuir para uma maior adesão ao tratamento por indivíduos com algum problema de saúde, por constituir-se a principal cuidadora dos seus membros especialmente quando a mesma é incluída como participante no processo saúde-doença, já que ela contribui de forma substancial na promoção da saúde.<sup>26</sup> A enfermeira precisa estar sensível aos principais fatores ligados à estrutura e a dinâmica familiar do indivíduo para direcionar e compartilhar as ações educativas visando não apenas o controle da doença, mas também a prevenção primária.

As relações vividas no domicílio podem exercer importante papel em todo o processo de interação do indivíduo com a sua doença, tratamento e adaptação a um novo estilo de vida e representam a primeira instância de cuidados de saúde.<sup>27</sup> O domicílio quando se constitui em um ambiente saudável é fundamental para a promoção da saúde e prevenção de doenças desde as idades mais precoces. Estes aspectos devem ser conhecidos e ponderados pelos profissionais de saúde para que a abordagem das pessoas com hipertensão seja abrangente e as orientações sejam direcionadas também para os familiares.

Constatou-se nesse estudo que a maioria das mulheres com hipertensão arterial não realizava os cuidados necessários para o controle da sua doença principalmente no que se refere ao consumo de alimentos integrais e com baixo teor de sódio, ao fracionamento da dieta e a prática de atividade física regular. A maioria delas também não estendia a família os cuidados referentes à prevenção deste agravo como conversar sobre a necessidade adoção de hábitos de vida saudáveis necessários a prevenção e o controle da doença, orientação para a verificação periódica da pressão arterial e redução do sal para toda a família. Esses resultados trazem a indagação sobre as razões que conduzem a maioria das mulheres a não adotarem e estenderem a seus familiares os cuidados para a prevenção e controle da doença.

## Conclusão

Evidencia-se que os profissionais de saúde precisam conhecer a realidade da família das pessoas que eles assistem, reconhecer as crenças e barreiras para a adesão à terapêutica e, junto a elas compartilharem uma proposta de cuidado que possa também ser estendida a todos os seus membros. O enfermeiro, enquanto integrante da equipe de saúde, tem um papel importante no acompanhamento de uma mulher hipertensa, devendo dirigir sua atenção para além dos aspectos relacionados à terapêutica instituída para o “doente”, de modo a contemplar outras implicações envolvidas no controle e prevenção da doença.

## Referências

1. Malachias M, Plavnik F, Machado C, Malta D, Scala L, Fuchs S. 7<sup>th</sup> Brazilian Guideline of Arterial Hypertension: Chapter 1 - Concept, Epidemiology and Primary Prevention. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*. 2016;107(3 Suppl 3):1-6. doi:10.5935/abc.20160151.
2. Andrade SSCA, Malta DC, Iser BM, Sampaio PC, Moura L. Prevalência da hipertensão arterial autorreferida nas capitais brasileiras em 2011 e análise de sua tendência no período de 2006 a 2011. *Rev. bras. epidemiol.* 2014 ; 17(Suppl 1): 215-26.
3. Bernard CR, Bochud M, Devuyst O. The Hypertension Pandemic: An Evolutionary Perspective. *PHYSIOLOGY* 32: 112-125, 2017. doi:10.1152/physiol.00026.20163
4. Ramírez-Bello J, Pérez-Méndez O, Ramírez-Fuentes S, Carrillo-Sánchez S, Vargas-Alarcón G, Fragoso JM. Genética y genómica de la hipertensión arterial: una actualización. *Archivos de cardiología de México*, 2011; 81(3): 240-50
5. Valdés MTL, Herrera JAC. Estudios sobre las bases genéticas de la hipertensión Arterial. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*. 2013; 32(1): 8-20.
6. Piccini RX, Facchini LA, Tomasi E, Siqueira FV, Silveira DS, Thumé E, et al. Promoção, prevenção e cuidado da hipertensão arterial no Brasil. *Rev. Saúde Pública*. 2012; 46(3): 543-50. doi:10.1590/S0034-89102012005000027.
7. Rouquayrol MZ, Silva MGC. *Epidemiologia & saúde*. 7. ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2013.
8. Juliana Costa Machado Rosângela Minardi Mitre Cotta Tiago Ricardo Moreira Luciana Saraiva da Silva. Análise de três estratégias de educação em saúde para portadores de hipertensão arterial. *Ciênc. saúde colet.* 2016; 21 (2): 611-19. DOI: 10.1590/1413-81232015212.20112014
9. Baggio MA, Erdmann AL. La Circularidad de los Procesos de Atención y Cuidado en la Formación de la Atención de “Nos Otros”. *Rev. Enf. Ref.* 2015; serIV(7): 11-20. doi:10.12707/RIV15012.

10. Gutierrez DMD, Minayo MCS. Produção de conhecimento sobre cuidados da saúde no âmbito da família. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2010; 15 (Suppl 1): 1497-508. doi:10.1590/S1413-81232010000700062
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. *Vigitel Brasil 2017: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico : estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2017 / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde*, 2018. 130.: il.
12. Instituto Brasileiro Geografia e Estatística (IBGE) Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro: IBGE, [Internet]. 2010; [acesso em: 11 mar 2016] Disponível em: [http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/sinteseindicsoais2010/SIS\\_2010.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/sinteseindicsoais2010/SIS_2010.pdf)
13. Vathesatogkit P, Woodward M, Tanomsup S, Hengprasith B, Aekplakorn Wichai, Yamwong S, et al. Long-term effects of socioeconomic status on incident hypertension and progression of blood pressure. *Journal of hypertension*. 2012;30(7):1347-53. doi:10.1097/HJH.0b013e32835465ca.
14. Levorato CD, Mello LM, Silva AS, Nunes AA. Fatores associados à procura por serviços de saúde numa perspectiva relacional de gênero. *Ciênc. saúde coletiva*. 2014;19(4):1263-74. doi:10.1590/1413-81232014194.01242013
15. Boing AF, Matos IB, Arruda MP, Oliveira MC, Njaine K. Prevalência de consultas médicas e fatores associados: um estudo de base populacional no sul do Brasil. *Rev. Assoc. Med. Bras*. 2010; 56(1):41-6.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica*. - Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 128 p.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Guia alimentar para a população brasileira / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica*. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 156 p.
18. Bakker EA, Sui X, Brellenthin AG, Lee DC. Physical activity and fitness for the prevention of hypertension. *Curr Opin Cardiol*. 2018 Jul;33(4):394-401. doi:10.1097/HCO.0000000000000526.
19. Cichocki M, Fernandes KP, Castro-Alves DC, Gomes MVM. Atividade física e modulação do risco cardiovascular. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*. 2017; 23:21-25. doi:10.1590/1517-869220172301159475
20. Aziz José Luís. Sedentarismo e hipertensão arterial Sedentary lifestyle and hypertension *Rev Bras Hipertens*. 2014. 21(2):75-82.

**Autor de Correspondência**

Cátia Suely Palmeira

Rua Desembargador Gilberto Andrade,  
226/204. Centenário, Salvador, Bahia, Brasil.

[catia\\_palmeira@yahoo.com.br](mailto:catia_palmeira@yahoo.com.br)

# A percepção dos acadêmicos de enfermagem sobre segurança do paciente em uma faculdade privada do Distrito Federal

## The perception of nursing students on patient's safety in a private college of the federal district

Ludmila da Silva Souza<sup>1</sup>, Regina Célia de Oliveira Martins<sup>2</sup>

### Como citar:

Souza LS, Martins RCO. A percepção dos acadêmicos de enfermagem sobre segurança do paciente em uma faculdade privada do Distrito Federal. REVISA. 2019; 8(3):296-304. Doi: <https://doi.org/10.36239/revisa.v8.n3.p296a304>

# REVISA

1. Centro Universitário ICESP.  
Departamento de Enfermagem.  
Guará, Distrito Federal, Brasil.

2. Centro Universitário ICESP.  
Departamento de Enfermagem.  
Guará, Distrito Federal, Brasil.

Recebido: 4/04/2019  
Aprovado: 8/06/2019

### RESUMO

**Objetivo:** Conhecer a percepção dos acadêmicos de enfermagem sobre segurança do paciente, em uma faculdade privada do Distrito Federal. **Método:** É estudo exploratório, descritivo, por meio da aplicação de questionário estruturado para acadêmicos do 10º semestre de enfermagem, após aprovação pelo Comitê de Ética e posterior análise dos dados. **Resultados:** Na amostra analisada a idade média foi de 30 anos, com predominância do sexo feminino, 56,5% não atuavam na área de formação ou apenas estudavam, outros 25% já atuam como técnicos de enfermagem; do total 81,25% afirmaram que tanto as disciplinas teóricas como os campos de estágios contribuíram para os conhecimentos de ações que promovam uma assistência segura e 75% reconhece o conceito chave de segurança do paciente definido pela Organização Mundial de Saúde. **Conclusão:** As variáveis vivências de ações, sentimento de segurança para prestar assistência segura e domínio sobre o conceito de segurança, sugerem que o curso oferecido tem preparado o egresso técnico e cientificamente para o mercado de trabalho, mas não ficou evidente qual o semestre do curso o tema é enfatizado, no entanto os estágios se mostraram essenciais para nortear o processo formativo para prestação da assistência.

**Descritores:** Enfermagem; Segurança do paciente; Acadêmicos.

### ABSTRACT

**Objective:** to know the perception of nursing students on patient's safety in a private college from the Federal District. **Method:** This is an exploratory and descriptive study whose data were gathered through a semi-structured form applied in 10th semester students after Ethical Council approval and data analysis. **Result:** In the sample assessed, the mean age was 30 years, with predominance of females, 56.5% were not working in the main area of training or were just studying and 25% work as nursing technician. Of the total, 81.25% reported that both theoretical disciplines and internship fields contributed to know actions that promote safe healthcare and 75% recognize the key concept of patient safety described by the World Health Organization. **Conclusion:** The several actions experiences, the feeling of security to provide safe assistance and the mastery over the security concept suggest that the offered course has prepared technically and scientifically for the job market. It's unclear which semester of the course the theme is emphasized, however the internships proved to be essential to guide the education process for healthcare.

**Descriptors:** Nursing; Patient safety; Academics

ORIGINAL

## Introdução

O cuidado prestado ao cliente é complexo, por isso os profissionais precisam dispor de conhecimento técnico-científico, possuir competências e habilidades específicas e conhecer as normas da instituição, bem como os equipamentos utilizados e os procedimentos realizados. Na maioria das vezes o cuidado é prestado de forma bem-sucedida, no entanto, por mais preparada e capacitada que uma equipe de trabalho esteja, erros poderão acontecer, pois errar faz parte da natureza humana.<sup>1</sup>

Há mais de dez anos, um relatório divulgado pelo Instituto de Medicina dos Estados Unidos (Errar é humano: construindo um sistema de saúde mais seguro) analisou prontuários de 30.121 internações e identificou que sérios prejuízos iatrogênicos haviam ocorrido em 3,7% das internações (6,5% dos quais provocaram disfunções permanente e 13,6% envolveram a morte do paciente). Com base nestes resultados, estimou-se que os danos haviam contribuído para a ocorrência de 180.000 óbitos por ano naquele país.<sup>2</sup>

Em 2002, na esteira da repercussão internacional, a Organização Mundial da Saúde (OMS) criou um grupo de trabalho com o objetivo de avaliar, de forma sistemática, a segurança do paciente nos serviços de saúde e definiu em 2005, o programa denominado Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, que propôs diretrizes e estratégias para incentivar e divulgar, em diferentes países, práticas que garantissem a segurança dos pacientes e definir o desenvolvimento de pesquisas baseadas em evidências científicas com melhores práticas voltadas à segurança do paciente. Atualmente o termo usado pela OMS é Programa de Segurança do Paciente.<sup>3</sup>

A segurança do paciente tem permeado diversos debates no cenário mundial da saúde, objetivando a institucionalização de melhores práticas nos ambientes de cuidado ao paciente. Abordar este tema nos diversos níveis do ensino é fundamental para a construção da cultura de segurança. Tal medida permite o desenvolvimento de competências ao longo da formação, estimulando nas estudantes atitudes proativas de mitigação dos incidentes em saúde.<sup>4</sup>

O Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) foi o marco do compromisso com a assistência segura no Brasil. Dentre as estratégias de implementação do PNSP está a articulação, com o Ministério da Educação e com o Conselho Nacional de Educação, da inclusão do tema segurança do paciente nos currículos dos cursos de formação em saúde de nível técnico, superior e pós-graduação.<sup>5</sup>

Estudos relacionados à segurança do paciente e a criação de uma cultura de segurança nos cursos de formação, garante o preparo de profissionais prontos para o mercado de trabalho, indo de encontro com as boas práticas recomendadas a nível mundial.

Embora os riscos relacionados aos cuidados de enfermagem vêm sendo discutido internacionalmente faz-se necessário compreender como os graduando do 10º semestre percebe a relação entre riscos e características dos cuidados à saúde, bem como as disciplinas e metodologias tem ido de encontro as boas práticas que possam garantir a segurança no cuidado prestado. Assim as vertentes que norteiam esse estudo é conhecer a percepção dos acadêmicos

de enfermagem sobre segurança do paciente de enfermagem em uma faculdade privada do Distrito Federal.

## Método

Trata-se de um estudo exploratório e descritivo, realizado por meio da aplicação de um questionário estruturado para os acadêmicos de enfermagem. O estudo descritivo-exploratório possibilita um melhor entendimento do processo de investigação e descreve os fenômenos de determinada realidade.<sup>6</sup>

A natureza descritiva favorece a obtenção de dados necessários para o desenvolvimento de uma pesquisa e, através da descrição dos fatos podemos interpretar a realidade analisando os acontecimentos. A pesquisa quantitativa envolve a coleta sistemática de informação numérica, normalmente mediante condições de muito controle, além da análise dessa informação. Esta modalidade pesquisa, é utilizada quando a situação exige um estudo exploratório para um conhecimento mais aprofundado do problema ou objeto de estudo ou quando se necessita de um diagnóstico inicial da situação.<sup>7</sup>

A pesquisa foi realizada no Centro Universitário ICESP, unidade Águas Claras, Brasília-DF. A escolha desse do local da amostra justifica-se por ser uma Instituição Privada de Ensino com foco na formação de profissionais preparados para o mercado de trabalho.

O total informado foi de 21 estudantes matriculados no 10<sup>o</sup> semestre, 1/2019 após levantamento de dados, fornecido pela secretaria da faculdade. Os acadêmicos de enfermagem foram convidados voluntariamente a assinar o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) e os dados só foram coletados após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Núcleo de Pesquisa Interdisciplinar das Faculdades Integradas ICESP de Brasília, CAAE N<sup>o</sup> 07597318.6.0000.8118, de acordo com o parecer 466/2012.

Após contato com os acadêmicos por telefone, os dados foram coletados com aplicação de um questionário estruturado, presencialmente.

Foram incluídos no trabalho todos os acadêmicos dos períodos já citados que, assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido e respondera a todo o questionário.

Os critérios de exclusão consistiram em acadêmicos que mesmo matriculados não estiverem frequentando as aulas ou aqueles que não responderem o questionário por completo ou ser recusaram a responder.

Para análise dos resultados foi utilizada estatística descritiva para aproximação do tema (distribuição de frequência absoluta e relativa, média) para descrever as características da amostra. Os resultados serão descritos em forma de tabelas, gráficos, quadros e na linguagem descritiva.

## Resultados

O curso de graduação em enfermagem do Centro Universitário ICESP, tem duração de 5 anos e a instituição oferece o curso nos períodos matutino e noturno. Durante o curso, os alunos participam de aulas teórica e práticas em laboratório, visitas técnicas, projetos de extensão e estágio curricular obrigatório no 9<sup>o</sup> e 10<sup>o</sup> semestre.

Para a coleta de dados, foi utilizado um questionário estruturado entregue para os acadêmicos pelo orientador e a aluna participante do projeto, dando todas as informações necessárias para o preenchimento do questionário em momentos que o grupo se reunia na faculdade para discussão de estudos de caso, na última fase do curso. O questionário foi estruturado em três momentos, sendo o primeiro com objetivo de caracterizar a amostra, o segundo análise da situação profissional atual e a terceira para avaliação quanto a influência do curso no preparo do aluno sobre a temática e nível de conhecimento sobre a mesma.

### Caracterização dos Egressos

No décimo semestre de enfermagem identificamos 21 alunos matriculados, desse total conseguimos aplicar o questionário e obter a resposta completa de 16 acadêmicos. Na amostra analisada a idade variou entre 23 a 43 anos. Quanto ao sexo, 13 (81,25%) eram do sexo feminino e 3 (18,75%) do sexo masculino.

### Análise da situação profissional atual

Foram também identificadas as ocupações que os egressos exerciam durante a graduação e apresentamos na tabela 1.

**Tabela 1** Distribuição dos egressos de acordo com a ocupação.

Ocupação	Frequência	Porcentagem
Técnicos em enfermagem	4	25
Estagiário na área de atuação	3	18,75
Estagiário fora área de atuação	3	18,75
Não exercem atividades profissionais	6	37,5
TOTAL	16	100

Do total da amostra 9 (56,5%) não atuavam na área de formação ou apenas estudavam. Em relação ao tipo de empresa dos que atuam na área de formação ou fora dela apresentamos na tabela 2, onde percebe-se que 90% trabalham em empresas privadas.

**Tabela 2** - Distribuição quanto ao tipo de empresa que atuação. Distrito Federal, 2018.

Ocupação	Tipo de empresa	Frequência	Percentage m
Técnico em enfermagem	Privada	4	40
Estagiário na área de atuação	Privada	3	30
Estagiário fora área de atuação	Privada	2	20
Estagiário fora área de atuação	Não se aplica	1	10
Total		10	100

Identificamos que os que já são técnicos em enfermagem, 75% já atuam

em média há 3 anos, tempos superior aos estagiários que atuavam na área que relataram tempo médio de 1 ano.

### Percepções dos Egressos quanto a Segurança do Paciente

Mediante o apresentado na tabela 1, optamos por descrever as características por grupos quanto a percepção sobre a temática em questão, e passaremos a identificar por letras, seguindo a distribuição da tabela em A, B, C e D.

Para o grupo A, cujos membros atuam como técnico em enfermagem, apresentaremos o perfil de conhecimento descritos abaixo.

Quando questionados sobre o conceito de segurança do paciente 50% (2 acadêmicos), concordam que segurança do paciente se refere a redução de risco associado a assistência em saúde até um mínimo aceitável, os outros 50% (2), consideram que segurança do paciente esta relacionada a qualquer cuidado prestado ao paciente por um profissional de saúde no ambiente de trabalho.

Quanto ao local em que vivenciaram as ações sobre segurança do paciente encontramos o cenário apresentado pela tabela 3, onde 75% afirmam que essa vivencia ocorreu durante a graduação

**Tabela 3 (grupo A)** - Local que vivenciou ações sobre segurança do paciente. Distrito Federal, 2018.

Local	Frequência	Porcentagem
Instituição de ensino	2	50
Campo de estagio	1	25
Local de trabalho	1	25
Total	4	100

Mesmo com cenário descrito na tabela 3, os 4 acadêmicos (100%), referem ter recebido instruções nas disciplinas ofertadas sobre o tema entre 4º e 6º semestre, afirmam estar preparados para prestar uma assistência segura e houve concordância para todos os itens questionados como indicadores de segurança do paciente.

O grupo B, é composto por acadêmicos que atuam como estagiários na área de formação, nessa amostra todos os componentes afirmam que segurança do paciente se refere a redução de risco associado a assistência em saúde até um mínimo aceitável. Quanto ao local em que vivenciaram as ações sobre segurança do paciente encontramos o cenário apresentado pela tabela 4.

**Tabela 4 (grupo B)** - Local que vivenciou ações sobre segurança do paciente.

Local	Frequência	Porcentagem
Instituição de ensino	1	33,33
Campo de estagio	1	33,33
Local de trabalho e campo de estagio	1	33,33
Total	3	100

Para esse grupo, 2 acadêmicos (66,7%) afirmaram que as disciplinas oferecidas contribuíram para o conhecimento sobre a temática discutida e que se sentem preparados para prestar uma assistência segura. Destacamos que um acadêmico nesse grupo relata que as disciplinas ofertadas poderiam abordar melhor o tema e se sente preparado para prestar assistência segura. No entanto 100% deles concordam com os itens questionados os reconhecendo como indicadores de segurança do paciente.

Seguindo com a descrição, o grupo C é composto por estagiários que atuam fora da área de formação. Nesse grupo 1 acadêmico (33,3%), entende que segurança do paciente se refere a redução de risco associado a assistência em saúde até um mínimo aceitável os demais, 2 acadêmicos (66,7%), consideram que segurança do paciente está relacionada a qualquer cuidado prestado ao paciente por um profissional de saúde no ambiente de trabalho. Em relação ao local em que vivenciaram as ações sobre segurança do paciente encontramos o cenário apresentado pela tabela 5, onde 100% do grupo citam o período da graduação como local de vivencia de ações para uma assistência segura.

**Tabela 5 (grupo C)** - Local que vivenciou ações sobre segurança do paciente. Distrito Federal, 2018.

Local	Frequência	Porcentagem
Instituição de ensino e campo de estagio	3	100
Total	3	100

Esse grupo chama atenção por relatarem que a vivencia com temática se deu apenas no 9 e 10º semestre, mas concordam que as disciplinas oferecidas contribuíram para o seu conhecimento sobre assistência com segurança, todos afirmam estar preparados para assistir o paciente com segurança e foram unânimes em concordar com os itens questionados sendo capaz reconhece-los como indicadores de segurança do paciente.

E finalmente o grupo D, composto por 6 acadêmicos, 37,5% do total da amostra, que não exercem atividades profissional dentro ou fora da área de formação. Quanto ao conceito sobre a segurança do paciente, 50% (3 acadêmicos), concordam que segurança do paciente se refere a redução de risco associado a assistência em saúde até um mínimo aceitável, os outros 50% (3), consideram que segurança do paciente está relacionada a qualquer cuidado prestado ao paciente por um profissional de saúde no ambiente de trabalho. Sobre o local em que vivenciaram as ações sobre segurança do paciente encontramos o cenário apresentado pela tabela 6, onde 100% da amostra vivenciou essas ações durante a graduação.

**Tabela 6 (grupo D)** - Local que vivenciou ações sobre segurança do paciente. Distrito Federal, 2018.

Local	Frequência	Porcentagem
Instituição de ensino e campo de estagio	5	83,3
Campo de estagio	1	16,7
Total	6	100

Em relação a vivência com ações que consideram segurança do paciente 5 acadêmicos (83,3%) informam que foi entre 4 e 10 semestre e apenas 1(16,7%) relata ter obtido conhecimento sobre segurança do paciente apenas no 10º semestre, no entanto todos concordam que as disciplinas ofertadas contribuíram para o conhecimento sobre a temática e se afirmam estar preparados para prestarem uma assistência segura e houve concordância ao reconhecerem todos os itens questionados como indicadores de segurança do paciente

## Discussão

Estudo semelhante realizado com egressos de instituições de ensino superior privado também encontrou a faixa etária média dos 30 anos.<sup>8</sup>

Em relação ao sexo, corroborando com outros estudos, a Enfermagem ainda é profissão basicamente feminina.<sup>6</sup> É comum alunos estarem inseridos no mercado de trabalho ao ingressarem na graduação, já atuando na área da Enfermagem, dados semelhantes aos identificados em outros estudos.<sup>9</sup>

No estudo em questão, 50% da amostra descrita, já estava atuando na área de formação e desse apenas 28,7% relataram que vivenciaram ações de segurança no local de trabalho. Chama atenção que do total da amostra (16 acadêmicos), essa proporção cai para 12,5%.

O ensino deve ser pautado por ações no ideal, e muitas vezes está perceptível o descompasso entre o proposto e o que é vivenciado na prática assistencial. Há incompatibilidade entre formação e prática profissional elencado a investimentos pedagógicos desvinculados da realidade do desenvolvimento do aluno.<sup>9</sup> O real papel da instituição formadora é promover ensinamentos que desenvolva competências mínimas para o exercício da profissão. O ensino da ciência aplicada e a formação do enfermeiro devem estar elencados para que o aluno seja capaz de refletir e agir, estando preparado para os desafios que a prática exige.<sup>10</sup>

Os estágios representam quase toda a formação prática do enfermeiro e na amostra analisada 81,25% afirmaram que tanto as disciplinas como os campos de estágios contribuíram para os conhecimentos de ações que promovam uma assistência segura, contrariando que foi descrito por Colenci E Berti.<sup>9</sup>

As deficiências pelas quais passa o setor público brasileiro afetam os hospitais e postos de saúde, onde se observam, entre outros fatores, instalações e equipamentos precários. A situação dos campos de prática é fator com limitações significativas para contribuir com formação, mas essa condição deve dar a oportunidade ao estudante de confrontar-se com os problemas e situações diárias da enfermagem e mesmo assim garantir a segurança da assistência prestada.<sup>10</sup>

Tem-se notado que os cursos de graduação no país têm investido em profissionais que intervenham intencionalmente em mudanças nos modelos de atenção em saúde, com uma nova concepção sobre o sistema, onde a formação crítico-reflexiva repercutira na qualificação do cuidado ofertado confirmando a necessidade de a enfermagem capacitada cientificamente e comprometida eticamente com ações sistêmicas de avaliação, prevenção e redução de

desfechos indesejáveis.<sup>11</sup>

Conforme relatado pela amostra analisada, todos se sentem preparados para prestar assistência e capazes de identificar situações que caracterizam segurança ou a falta dela. No Brasil, um estudo realizado em um hospital universitário mostrou que 50 % dos pacientes em alta hospitalar e 70 % dos que evoluíram a óbito sofreram pelo menos um evento adverso.<sup>12</sup>

A preocupação com a segurança nos serviços de saúde, embora possa parecer um tema contemporâneo, já existe desde o século 19. Todas as iniciativas no Brasil culminaram com a elaboração do Programa Nacional de Segurança do Paciente, em 2013, objetivando envolver os pacientes e familiares nas ações de segurança do paciente; ampliando o acesso da sociedade às informações relativas à segurança do paciente; produzindo, sistematizando e difundindo conhecimentos sobre segurança do paciente; inclusive fomentando a inclusão do tema segurança do paciente na formação de profissionais.<sup>13</sup>

A segurança do paciente é uma temática inovadora voltada para uma assistência de qualidade com vistas a reduzir os eventos adversos e/ou os erros das práticas inseguras que colocam em risco a saúde dos pacientes. O que torna de extrema relevância egressos de enfermagem estarem aptos a pautar-se na visão holística do paciente, para que possa prestar um atendimento seguro.<sup>14</sup>

O conceito-chave da Classificação Internacional de Segurança do Paciente da Organização Mundial da Saúde, é reduzir a um mínimo aceitável, o risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde.

Na amostra estudada 75% reconhece o conceito chave de segurança do paciente definido pela Organização Mundial de Saúde.

## Conclusão

Permanece o predomínio de egressos do curso de enfermagem do sexo feminino, cenário que acompanha a história da enfermagem ao longo dos anos.

Na amostra analisada os egressos reconhecem o conceito de segurança segundo a OMS, vivenciaram as ações que promovam uma assistência segura durante as aulas teóricas e estágios, e, portanto, se sentem preparados para cuidado seguro.

Essas variáveis sugerem que o curso oferecido pela instituição formadora tem preparado o egresso técnico e cientificamente para o mercado de trabalho, não havendo diferença significativa entre os grupos que já atuava na área e os demais.

É notório que a garantia do processo de ensino sobre Segurança do Paciente na graduação em enfermagem é essencial, uma vez que esse profissional representa a maior força de trabalho em Saúde, lidando diretamente com o paciente e seus familiares o que o obriga estar preparado para responder às necessidades do sistema de saúde.

No entanto não ficou claro em que semestre da graduação de fato a teoria sobre a segurança do paciente é abordada de forma específica, mas houve consenso que a vivência durante os estágios no 9º e 10º semestre são complementares no preparo do egresso quanto a temática.

## Referências

1. Fassini P, Hahn GV. Riscos à segurança do paciente em unidade de internação hospitalar: concepções da equipe de enfermagem. *Rev Enferm UFSM*. 2012; 2(2): 290-9. doi: <http://dx.doi.org/10.5902/217976924966>
2. Oliveira RM, Leitão IMTA, Silva LMS, Figueiredo SV, Sampaio RL, Gondim MM. Estratégias para promover segurança do paciente. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*. 2014; 18(1): 122-9.
3. Cassiani SHB. Enfermagem e a Pesquisa sobre Segurança dos Pacientes. *Acta paul enferm*. 2010; 23(6): 7-8.
4. Cauduro GMR, Magnago TSBS, Andolhe R, Lanes TC, Dal Ongaro J. Segurança do paciente na compreensão de estudantes da área da saúde. *Rev Gaúcha Enferm*. 2017;38(2):e64818. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.02.64818>
5. Eberle CC, Silva APSS. Compreensão de estudantes de enfermagem sobre a segurança do paciente. *Rev. baiana enferm*. 2016; 30(4): 1-9.
6. Spíndolai T, Martins ERC, Francisco MTR. Enfermagem como opção: perfil de Enfermagem como opção: perfil de graduandos de duas instituições de ensino graduandos de duas instituições de ensino. *Rev Bras Enferm*. 2008; 61(2): 164-9
7. Gauthier JHM, Cabral IE, Santos I, Tavares CMM. Pesquisa em enfermagem novas metodologias aplicadas. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 1998.
8. Correia AK, Prebill GM, Ruiz JC, Souza MCBM, Santos RA. O perfil do aluno ingressante em um curso de bacharelado e licenciatura em enfermagem de uma instituição de ensino superior pública. *Educ. rev*. 2018; 34:e185913 doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-4698185913>
9. Colenci R, Berti, HW. Formação profissional e inserção no mercado de trabalho: percepções de egressos de graduação em enfermagem. *Rev esc enferm USP*. 2012; 46(1):158-66. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342012000100022>
10. Therrien SMN; Barreto MC; Almeida MI; Moreira TMM. Formação profissional: mudanças ocorridas nos Cursos de Enfermagem, CE, Brasil. *Rev Bras Enferm*. 2008;61(3):354-60.
10. Vargas MAO; Luz AMH. Práticas seguras do/no cuidado de enfermagem no contexto hospitalar: é preciso pensar sobre isso e aquilo. *Enferm em Foco*. 2010[citado em 2016 dez.15];1(1):23-7. Disponível em: <http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/5>.
11. Nunes FDO; Barros LAA; Azevedo RM; Paiva SS. Segurança do paciente: como a enfermagem vem contribuindo para a questão? *R de Pesq: cuidado é fundamental Online-Bra*. 2014 [citado 30 Jun 2015];6(2):841-847. Disponível em: <http://www.index-f.com/pesquisa/2014/6-841.php>
12. Capucho HC, Cassiani SHB. Necessidade de implantar programa nacional de segurança do paciente no Brasil. *Rev. Saúde Pública*. 2013;47(4):791-8.
13. Cavalcante AKCB, Rocha RC, Nogueira LT, Avelino FVSD, Rocha SS. Cuidado seguro ao paciente: contribuições da enfermagem. *Rev Cubana Enferm*. 2015; 31(4): [about 4p].

### Autor de Correspondência

Regina Celia de Oliveira Martins  
Centro Universitário ICESP  
QI 11 A/E C/D. CEP: 71020-330. Guará, Distrito Federal, Brasil.  
[regina.nunes4@gmail.com](mailto:regina.nunes4@gmail.com)

# Depressão e sua relação com a adesão à farmacoterapia anti-hipertensiva em idosos

## Depression and its relationship with adherence to antihypertensive pharmacotherapy in elderly

Débora Dornelas Belchior Costa Andrade<sup>1</sup>, Camila Serra Rodrigues<sup>2</sup>, Alice Garbi Novaes<sup>3</sup>, Carmelia Matos Santiago Reis<sup>4</sup>, Maria Rita Carvalho Garbi Novaes<sup>5</sup>

### Como citar:

Andrade DDBC, Rodrigues CS, Novaes AG, Reis CMS, Novaes MRCG. Depressão e sua relação com a adesão à farmacoterapia anti-hipertensiva em idosos. REVISIA. 2019; 8(3):305-15. Doi: <https://doi.org/10.36239/revisa.v8.n3.p305a315>

# REVISIA

1. Estratégia de Saúde da Família de Brazilândia e Curso de Medicina da Universidade Católica de Brasília, Brasília, Brasil.
2. Escola Superior de Ciências da Saúde, Departamento de Medicina. Brasília, Brasil.
3. Curso de Medicina da Universidade Católica de Brasília, Brasília, Brasil.
4. Escola Superior de Ciências da Saúde, Departamento de Medicina. Brasília, Brasil.
5. Escola Superior de Ciências da Saúde, Departamento de Medicina. Brasília, Brasil

Recebido: 4/04/2019  
Aprovado: 8/06/2019

### RESUMO

**Objetivo:** analisar a relação entre adesão ao tratamento medicamentoso anti-hipertensivo e a depressão em idosos hipertensos assistidos pela Estratégia Saúde da Família na cidade de Brazilândia, Distrito Federal. **Método:** Trata-se de estudo descritivo, transversal. Foi realizada entrevista estruturada e aplicação de questionários (EDG-15 e MMAS-8) em idosos hipertensos (n=261). **Resultados:** A análise mostrou 59% do sexo feminino, 90% de baixa escolaridade, 53% eram aposentados, 68% eram casados, 13% moravam sozinhos, 78% recebiam até 2 salários mínimos, 68% não faziam automedicação, 38% obtinham o medicamento no posto de saúde, 88% era sedentário, 81% não era tabagista, o medicamento mais usado foi o diurético 60%, 22% estava em monoterapia. **Conclusão:** A análise comparativa evidenciou que a medida de pressão arterial e a forma como adquire o medicamento são variáveis independentes da adesão ao tratamento. A prevalência de depressão foi de 37%. A razão de prevalência mostrou maior risco de depressão em pacientes com pressão arterial inadequada, com circunferência abdominal inadequada, com sobrepeso e que não aderem ao tratamento. A razão de prevalência mostrou menor risco de depressão nos homens e tabagistas. **Descritores:** Idoso; Depressão; Adesão à medicação; Hipertensão; Atenção primária à saúde.

### ABSTRACT

**Objective:** To analyze the relationship between adherence to antihypertensive drug treatment and depression in hypertensive elderly assisted by the Family Health Strategy in the city of Brazilândia, Federal District. **Method:** This is a descriptive cross-sectional study. Structured interviews and questionnaires (EDG-15 and MMAS-8) were performed in hypertensive elderly (n = 261). **Results:** The analysis showed 59% female, 90% low educated, 53% were retired, 68% were married, 13% lived alone, 78% received up to 2 minimum wages, 68% did not self-medicate, 38% obtained 88% sedentary, 81% non-smoker, 60% diuretic, 22% monotherapy. **Conclusion:** The comparative analysis showed that the measurement of blood pressure and the way you buy the drug are independent variables of treatment adherence. The prevalence of depression was 37%. The prevalence ratio showed a higher risk of depression in patients with inadequate blood pressure, inadequate waist circumference, overweight and not adhering to treatment. The prevalence ratio showed lower risk of depression in men and smokers. **Descriptors:** Elderly; Depression; Medication adherence; Hypertension; Primary Health Care.

ORIGINAL

## Introdução

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial que decorre da redução nas taxas de natalidade e mortalidade, associado ao aumento da expectativa de vida.<sup>1</sup> Esta mudança no perfil demográfico acarretou também alterações no perfil epidemiológico e de morbidade, destacando o aumento das doenças crônico-degenerativas, bem como a necessidade de adequações nos encargos familiares, desafios para as áreas da saúde, da previdência, da educação, do transporte, da moradia, do lazer, entre outros, no intuito de assegurar qualidade de vida no idoso.<sup>2,3</sup> Esse quadro suscitou também modificações nas demandas das políticas públicas de saúde.<sup>4,5</sup>

O envelhecimento é um processo natural com diminuição progressiva da reserva funcional do indivíduo e acarreta diferentes síndromes geriátricas, como instabilidade postural, envelhecimento vascular, incapacidade cognitiva e comunicativa.<sup>6,7</sup> Este processo não ocorre de forma homogênea variando no tempo histórico, culturas, classes sociais, história de vida pessoal, condições educacionais, estilos de vida, determinações genéticas, gênero, profissões, entre outros aspectos.<sup>3</sup>

A Hipertensão Arterial é uma doença crônica não transmissível altamente prevalente na população geriátrica, podendo ultrapassar 60%.<sup>2,7</sup> Trata-se de uma condição clínica multifatorial que leva a níveis elevados e sustentados da pressão arterial (PA), acarretando em alterações funcionais e/ou estruturais de órgãos-alvo e alterações metabólicas, sendo considerada fator de risco para doença cardiovascular<sup>7</sup>. No Distrito Federal, as doenças cardiovasculares são as mais prevalentes e a principal causa de morte na população idosa.<sup>4</sup> Apesar do fundamentado conhecimento do tratamento e de sua importância, o percentual de controle da pressão arterial é baixo, sobretudo por não adesão ao tratamento.<sup>8</sup>

Diversos fatores influenciam na adesão ao tratamento, necessária para efetividade terapêutica e qualidade de vida do paciente<sup>8</sup>. Classificam-se os fatores relacionados à adesão em externos (como acesso aos medicamentos, característica da doença e do regime terapêutico), internos (incluem fatores socioeconômicos e psicológicos, locus de controle e crenças de saúde) e ainda, fatores relacionais, abrangendo apoio social e relação profissional de saúde-paciente.<sup>9</sup> A não adesão ao tratamento tem consequências importantes como maior risco de complicações cardiovasculares e hospitalizações, além do impacto no custo associado à saúde<sup>8</sup>.

A depressão é outra doença crônica de surgimento comum durante o envelhecimento e tem sido associada à hipertensão arterial por aspectos psicossociais e genéticos<sup>10</sup>. A depressão vem apresentando prevalência crescente, até 15% em idosos vivendo na comunidade, levando a consequências negativas na qualidade de vida dos indivíduos acometidos.<sup>11, 12</sup> A ocorrência da depressão varia de acordo com sexo, escolaridade, nível socioeconômico, condições de saúde e está relacionada a prejuízo cognitivo<sup>11</sup>. A depressão é fator de risco independente para hipertensão arterial, especialmente se sucederem episódios recorrentes, e está relacionada ao estilo de vida<sup>10</sup>.

A depressão é um importante problema de saúde pública ressaltando que compromete a qualidade de vida do indivíduo e do seu relacionamento social

<sup>11,12</sup>. A depressão em idosos é subdiagnosticada no Brasil e tem sua importância subestimada pelos profissionais de saúde.<sup>12</sup>

A atuação da atenção primária à saúde (APS) é relevante na promoção de saúde mental nas comunidades, sublinhando o papel das equipes de estratégia saúde da família (ESF), no intuito de rastrear, encaminhar e monitorar os indivíduos portadores de doença mental.<sup>12</sup> As equipes de ESF são também fundamentais no acompanhamento dos indivíduos com outras doenças crônicas, destacando-se a hipertensão arterial<sup>6,12</sup>.

A ESF é um modelo de organização dos serviços da APS, baseado em equipes multiprofissionais, responsáveis pela atenção integral e contínua aos indivíduos das famílias cadastradas em área adstrita <sup>6</sup>. Considerando que os idosos são acompanhados pela ESF, a equipe de saúde deve estar atenta para detecção precoce, acompanhamento e tratamento de agravos como hipertensão arterial e depressão, fazendo a busca ativa dos casos. Atenção especial deve ser dada à avaliação de adesão aos tratamentos propostos.

Nessa perspectiva, o objetivo deste trabalho é analisar a relação entre a adesão ao tratamento medicamentoso anti-hipertensivo e a depressão em idosos hipertensos assistidos pelas Equipes de Saúde da Família (ESF) em Brazlândia, Distrito Federal, a fim de qualificar a assistência aos idosos.

## Método

Estudo descritivo e transversal, realizado em idosos hipertensos assistidos pelas 11 equipes de ESF de Brazlândia, Distrito Federal. Os dados foram coletados no período de dezembro de 2015 a abril de 2016.

A amostra, calculada por amostragem aleatória simples sem reposição, foi constituída por 261 indivíduos, de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 60 anos portadores de hipertensão arterial em uso de medicamento anti-hipertensivo.

Foram excluídos do estudo os idosos que se recusaram a participar e aqueles portadores de diabetes mellitus (DM), uma vez que há associação entre DM e depressão, o que poderia ser um viés neste estudo.<sup>12</sup>

Os dados foram coletados a partir do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). Este sistema foi criado em 1998 pelo Departamento de Informação e Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) e pela Coordenação de Saúde da Comunidade/Secretaria de Assistência à Saúde (COSAC/SAS) possibilitando o acompanhamento das atividades realizadas pela equipe de saúde e perfil populacional.<sup>13</sup> É composto por um programa de computador, fichas (A, B, C e D) e relatórios (SSA-2 e PMA-2). Este banco de dados de saúde nacional é alimentado por cada equipe de ESF mensalmente a partir das informações dessas fichas atualizadas. Neste estudo destaca-se a ficha de acompanhamento dos hipertensos que é a ficha B-HA.

Foram aplicados três instrumentos aos participantes da pesquisa. O primeiro foi uma entrevista estruturada com todos os 261 idosos que investigou o perfil sociodemográfico, econômico, epidemiológico e farmacoterapêutico. O segundo instrumento foi a Escala de Depressão Geriátrica de 15 itens (EDG-15) para classificar os participantes em dois grupos: sem depressão e com depressão. E o terceiro instrumento foi a Escala de Adesão Terapêutica de 8 itens de Morisky (MMAS-8) classificando os participantes em dois grupos:

indivíduos com adesão satisfatória ao tratamento medicamentoso para hipertensão arterial e indivíduos com adesão insatisfatória ao tratamento medicamentoso para a mesma doença. No dia da entrevista foi aferida a pressão arterial e mensurados os dados antropométricos.

A EDG-15 é um instrumento frequentemente utilizado para o rastreamento de depressão em idosos com medidas válidas e confiáveis.<sup>14,15</sup> Esta é uma versão curta da escala original e foi elaborada por Sheikh e Yesavage em 1986, a partir de itens que mais fortemente se correlacionavam com o diagnóstico de depressão, sendo atraente para o rastreamento da depressão em ambientes não especializados, com boa acurácia diagnóstica e com sensibilidade, especificidade e confiabilidade adequadas.<sup>16,17</sup>

A MMAS-8 foi desenvolvida a partir de uma escala previamente validada com 4 itens e complementada com itens adicionais para captar, de forma mais abrangente, as barreiras relacionadas à adesão ao tratamento medicamentoso.<sup>18</sup> Esta é uma escala de determinação da adesão muito usada e de grande confiabilidade.

Os medicamentos foram classificados de acordo com a *Anatomical Therapeutic Chemical Classification System* (ATC) e analisados de acordo com os critérios de Beers para medicamentos potencialmente inapropriados para uso em idosos.<sup>19</sup>

A pressão arterial foi aferida pelo pesquisador no momento da entrevista com esfigmomanômetro de coluna de mercúrio calibrado com medida em milímetros de mercúrio com o indivíduo sentado e após repouso de 5 minutos. As medidas antropométricas foram realizadas em balança digital com medida em quilograma e fita métrica inextensível com medida em centímetro. Os idosos foram pesados descalços trajando roupas leves.

A organização e a análise dos dados foram conduzidas no pacote estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS, versão 18).

Na análise descritiva foi analisada a frequência de observações em cada categoria e calculado percentual que esta representa na população estudada. Foram analisadas as variáveis sexo, escolaridade, aposentadoria, estado civil, mora sozinho, renda familiar (em salários mínimos), acesso ao medicamento, automedicamento, sedentarismo, tabagismo, classes medicamentosas em uso, quantidade de medicamentos em uso.

Nas análises comparativas foi realizado teste qui-quadrado para tabelas de dupla entrada. Foram comparadas as variáveis adesão ao tratamento versus pressão arterial e adesão ao tratamento versus forma acesso ao medicamento (como se adquire, aquisição pessoal, obtenção na farmácia popular ou adquirir no posto, podendo haver uma combinação dessas opções).

Para análise de prevalência foi calculada a frequência de cada categoria para as categorias das outras variáveis relacionadas. Foi calculada a razão de prevalência (RP) com 95% de confiança. Nestas análises foram observadas as variáveis pressão arterial (PA), circunferência abdominal (CA), circunferência braquial (CB), circunferência de panturrilha (CP), índice de massa corporal (IMC), sedentarismo, tabagismo, sexo, idade, adesão ao tratamento e depressão.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (CEP/FEPECS) sob o número de CAEE 51576715.6.0000.5553. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), como preconiza a Resolução CNS nº

466/2012.

## Resultados

O perfil epidemiológico dos 261 indivíduos participantes demonstrou que 59% eram mulheres e 90% da amostra possuía até primeiro grau completo. Quanto ao estado civil, 68% da amostra era casada e 20% viúva. Em relação à ocupação dos idosos entrevistados, 53% eram aposentados e 78% informaram renda familiar entre 1 e 2 salários mínimos (Tabela 1).

**Tabela 1-** Caracterização dos idosos hipertensos assistidos pelas equipes de ESF em Brazlândia, DF, 2016

Variável	N	%
<b>Gênero</b>		
Feminino	154	59
Masculino	107	41
<b>Escolaridade</b>		
Analfabeto	73	30,3
1º grau incompleto	124	47,5
1º grau completo	32	12,3
2º grau incompleto	8	3,1
2º grau completo	8	3,1
Superior completo	1	0,4
<b>Estado Civil</b>		
Casado	176	67,4
Divorciado	16	6,1
Solteiro	13	5,0
União estável	3	1,1
Viúvo	53	20,3
<b>Renda Familiar</b>		
Sem renda	3	1,1
1-2 salários mínimos	205	78,5
3-4 salários mínimos	48	18,4
Acima de 4 salários mínimos	5	1,9

<b>Sedentarismo</b>		
Sim	229	87,7
Não	32	12,3
<b>Tabagismo</b>		
Sim	49	18,8
Não	212	81,2

Ademais, 38% dos entrevistados adquiria medicamento exclusivamente no posto de saúde. A maioria, 68%, respondeu que não fazia uso de automedicamento. Quanto ao número de medicamentos em uso para tratamento da hipertensão arterial, apenas 22% estão em monoterapia. Com relação aos fatores de risco para doenças cardiovasculares, 88% dos idosos eram sedentários e 19% eram tabagistas.

Vale ressaltar que a pressão arterial e a adesão ao tratamento medicamentoso são variáveis independentes (p-valor de 12%), bem como a forma como adquire o medicamento e a adesão ao tratamento (p-valor de 56%).

Neste estudo foi calculada a prevalência dos casos de depressão em cada variável e categoria, sendo a prevalência em cada 100 casos representada pelo símbolo %. A razão de prevalência (RP) que mensura o risco que o paciente tem de apresentar depressão motivado pela categoria das outras variáveis também foi assim representada, com apresentação do intervalo de confiança (IC) associado (Tabela 2).

Os resultados deste estudo identificaram a prevalência de idosos com depressão de 37%, destacando-se a maioria do sexo feminino. Entre os pacientes diagnosticados com depressão, 53% tiveram níveis inadequados de pressão arterial e esse valor diminuiu para 47% entre os indivíduos sem depressão.

Quanto aos parâmetros antropométricos, os valores de circunferência abdominal foram inadequados em 57% dos indivíduos sem depressão, em comparação a 43% dos indivíduos com depressão. No que corresponde à circunferência braquial, apresentaram valores inadequados 32% dos indivíduos com depressão e 68% dos indivíduos sem depressão. No que toca à circunferência de panturrilha, 42% dos idosos com depressão e 58% dos idosos sem depressão apresentaram valores fora do limite, ou seja, menor que 31cm. Quanto ao IMC apenas 29% eram eutróficos entre os indivíduos com depressão e este valor aumentou para 71% naqueles sem depressão.

Com relação aos fatores de risco para doenças crônicas, o sedentarismo foi identificado em 69% dos idosos sem depressão. Deve-se frisar que o tabagismo foi encontrado em maior percentual entre os idosos sem depressão, com prevalência de 66%. Com relação a adesão ao tratamento medicamentoso anti-hipertensivo, o percentual de idosos que aderiam ao tratamento foi significativamente maior naqueles sem depressão, correspondendo a 86%.

**Tabela 2-** Razão de Prevalência da depressão em idosos com hipertensão (n=261) assistidos pela atenção primária a saúde em Brazlândia, Distrito Federal.

	Suspeita	%	Ausência	%	Total	RP	IC	
<b>Pressão Arterial</b>								
<i>Adequado</i>	62	32%	131	68%	193	1,000	-	-
<i>Não adequado</i>	36	53%	32	47%	68	1,648	1,216	2,233
<b>Circunferência Abdominal</b>								
<i>Adequado</i>	30	29%	72	71%	102	1,000	-	-
<i>Não adequado</i>	68	43%	91	57%	159	1,454	1,024	2,064
<b>Circunferência Braquial</b>								
<i>Adequado</i>	85	39%	135	61%	220	1,000	-	-
<i>Não adequado</i>	13	32%	28	68%	41	0,821	0,508	1,325
<b>Circunferência Panturrilha</b>								
<i>Adequado</i>	80	37%	138	63%	218	1,000	-	-
<i>Não adequado</i>	18	42%	25	58%	43	1,141	0,770	1,690
<b>IMC</b>								
<i>Baixo peso</i>	15	35%	28	65%	43	1,208	0,717	2,034
<i>Eutrófico</i>	26	29%	64	71%	90	1,000	-	-
<i>Sobrepeso</i>	57	45%	71	55%	128	1,541	1,057	2,248
<b>Sedentário</b>								
<i>Sim</i>	10	31%	22	69%	32	0,813	0,474	1,395
<i>Não</i>	88	38%	141	62%	229	1,000	-	-
<b>Tabagismo</b>								
<i>Sim</i>	73	34%	139	66%	212	0,675	0,485	0,940
<i>Não</i>	25	51%	24	49%	49	1,000	-	-
<b>Sexo</b>								
<i>Feminino</i>	66	43%	88	57%	154	1,000	-	-
<i>Masculino</i>	32	30%	75	70%	107	0,698	0,495	0,983
<b>Idade</b>								
<i>Idoso</i>	57	36%	103	64%	160	1,000	-	-
<i>Muito Idoso</i>	41	41%	60	59%	101	0,923	0,723	1,177
<b>Adesão ao Tratamento</b>								
<i>Adesão insatisfatória</i>	94	40%	139	60%	233	2,824	1,125	7,091
<i>Adesão satisfatória</i>	4	14%	24	86%	28	1,000	-	-

Entre os achados mais relevantes, destaca-se que a prevalência de depressão foi 2,3 vezes maior nos pacientes com pressão arterial inadequada; 1,79 vezes maior nos pacientes com circunferência abdominal inadequada; 4 vezes maior nos pacientes com adesão insatisfatória ao tratamento. Identificou-se também associação 2 vezes menor entre depressão em pacientes tabagistas e 1,75 vezes menor nos homens, em relação às mulheres.

Com relação aos medicamentos usados no tratamento da hipertensão arterial, considerando a *Anatomical Therapeutic Chemical Code* - ATC, foram encontradas 5 classes de medicamento anti-hipertensivo e outros que fazem parte da prevenção de complicações da hipertensão arterial, classificados como grupo B (sangue e órgãos hematopoéticos) e do grupo C (aparelho cardiovascular). Do grupo B foi encontrado o subgrupo B01 - antitrombóticos. Do grupo C foram encontrados os subgrupos C02 - anti-hipertensivos, C03 - diuréticos, C07 - betabloqueadores, C08 - bloqueadores dos canais de cálcio, C09 - agentes que atuam sobre o sistema renina-angiotensina e C10 - hipolipemiantes, conforme descrição: Diuréticos: 59%; Bloqueador do receptor de angiotensina (BRA): 46%; Inibidores adrenérgicos (betabloqueadores e centrais): 36%; Inibidores da enzima conversora de angiotensina (IECA): 30%; Antagonistas dos canais de cálcio (ACC): 13%; Vasodilatadores diretos: 1%. Quanto aos medicamentos relacionados à prevenção de complicações da hipertensão arterial, apenas 22% dos pacientes estão em monoterapia no que tange o tratamento de HA e suas complicações, conforme descrição: Antiplaquetários (AAS): 35%; Estatinas: 28%.

## Discussão

Os resultados encontrados concordam, em sua maioria, com a literatura. A maior parte da população nesta amostra foi do sexo feminino, o que é corroborado na literatura nacional e internacional e se relaciona à maior expectativa de vida nas mulheres e sobremortalidade masculina, levando a uma feminização do envelhecimento.<sup>4,10</sup>

A prevalência de depressão foi de 37%, com predominância em mulheres, semelhante a outros estudos recentes<sup>10,20</sup>. A alta prevalência de depressão nesta população assevera a necessidade de intervenções específicas das equipes de saúde, destacando a importância de equipe multidisciplinar, disponível sobretudo na Atenção Primária, por meio da Estratégia Saúde da Família<sup>6</sup>. Vale ressaltar que apesar de oferecer estratégias adequadas para o tratamento de depressão, tem sido constatada dificuldade de diagnóstico dessa doença pela equipe da Atenção Primária<sup>20</sup>.

O diagnóstico da depressão não depende de avaliação clínica de especialista. A alta prevalência deste agravo na população requisita outros meios de detecção, uma vez que a oportunidade de consulta com o especialista é remota nos serviços públicos de saúde. Nesse contexto a identificação de depressão pode ser facilitada pelo uso de instrumentos validados como a EDG-15, de rápida aplicação e baixo custo, tornando-se um valioso instrumento de saúde pública para detecção da doença em ambientes não especializados<sup>16</sup>. Esta escala vem sendo largamente utilizada em diversos países e em diferentes tipos de serviço de saúde apresentando boa performance na detecção de depressão em idosos e monitoramento da gravidade dos sintomas ao longo do tempo.<sup>15</sup> Depreende-se dessas informações a importância e a utilidade da aplicação dessa escala pelos profissionais de saúde da APS, incluindo a ESF, a fim de melhor identificar e tratar essa doença<sup>6</sup>.

No que concerne à adesão medicamentosa, definida como a extensão na qual o comportamento do paciente coincide com o prescrito pelo profissional de saúde<sup>9</sup>, constatou-se que pacientes de adesão insatisfatória apresentaram maior

associação aos quadros de depressão. A adesão foi considerada insatisfatória quando nota inferior a 8 na MMAS-8.<sup>19</sup> Em ambos os grupos, com e sem depressão, as taxas de adesão insatisfatória foram altas corroborando dados da literatura que mostram taxa de adesão menor que 50%.<sup>6,10</sup>

Dentre as opções de formas para adquirir os medicamentos, a maior parte o obtinha exclusivamente no posto de saúde, sendo que 33% dos idosos obtinha parte medicamentos por meios próprios e parte no posto. Apenas 5% dos entrevistados tinham como única opção comprar os próprios medicamentos, o que é concordante com os dados de renda familiar.

A maioria, 68%, afirmou não fazer uso de automedicamento quando questionado. É factível conjecturar que este valor deve estar superestimado, devido à limitação do estudo de possível negação de automedicamento pelo paciente por se sentir inibido, posto que o entrevistador era um médico.

Uma vez que o intuito do trabalho foi avaliar a adesão ao tratamento medicamentoso anti-hipertensivo, usando escala validada e específica para este tema, os medicamentos analisados foram aqueles relacionados ao tratamento de hipertensão arterial.

A respeito das classes de medicamentos encontradas, as 5 classes de medicamento anti-hipertensivo e os que fazem parte da prevenção de complicações da hipertensão arterial, são classificados de acordo com a *Anatomical Therapeutic Chemical Code* - ATC: os medicamentos utilizados por este grupo de idosos são do grupo B (sangue e órgãos hematopoéticos) e do grupo C (aparelho cardiovascular). Do grupo B foi encontrado o subgrupo B01 - antitrombóticos. Do grupo C foram encontrados os subgrupos C02 - anti-hipertensivos, C03 - diuréticos, C07 - betabloqueadores, C08 - bloqueadores dos canais de cálcio, C09 - agentes que atuam sobre o sistema renina-angiotensina e C10 - hipolipemiantes.

De acordo com os critérios de Beers<sup>19</sup>, o AAS para prevenção primária de eventos cardíacos deve ser usado com cautela em idosos acima de 80 anos por falta de evidências quanto ao risco versus benefício. Os vasodilatadores também devem seguir a mesma lógica na população geriátrica, pois podem exacerbar episódios de síncope. A clonidina, por sua vez, é um inibidor adrenérgico de ação central e é considerado potencialmente inadequado para uso em idosos segundo os critérios de Beers, tem forte recomendação de ser evitado pois pode causar hipotensão ortostática, bradicardia, síncope, sedação e prejuízo da função cognitiva, não é recomendado como primeira linha no tratamento da hipertensão.

A conscientização dos pacientes tanto a sua enfermidade e ao tratamento farmacoterapêutico associado a ações educativas quanto ao uso correto dos medicamentos são fundamentais para o acompanhamento da adesão ao tratamento medicamentoso.<sup>6,8</sup> Os profissionais de saúde devem considerar a cultura e as crenças dos pacientes sobre os medicamentos para tratamento efetivo da hipertensão arterial, processo viável por meio da Estratégia Saúde da Família, na qual o atendimento do paciente deve ser integral e longitudinal.<sup>10</sup>

Não existe forma ideal de avaliar a adesão ao tratamento medicamentoso, visto que o tema está sujeito a características multifatoriais como acesso aos medicamentos, crenças de saúde, efeitos colaterais dos medicamentos, entre outros <sup>9,10</sup>. Não obstante, a aplicação do instrumento MMAS-8 demonstrou ser satisfatória e relevante na triagem clínica e identificação

de pacientes que não aderem ao tratamento, sendo ferramenta importante para o uso no âmbito do SUS.<sup>19</sup>

Não foi encontrada relação entre a adesão ao tratamento medicamentoso anti-hipertensivo e o controle da pressão arterial. Valores inadequados de pressão arterial são pressão arterial sistólica maior ou igual a 140mmHg e pressão arterial diastólica maior ou igual a 90mmHg.<sup>7</sup> É ainda importante refletir que mesmo entre pacientes considerados aderentes pela MMAS-8, estes podem tomar o medicamento de forma incorreta.<sup>19</sup>

Não foi estabelecida relação entre a forma de obtenção do medicamento e a adesão ao tratamento. A literatura evidencia que o custo é o fator preditivo de não adesão mais extensamente estudado, contudo, em acordo com este estudo, há indícios de que o acesso gratuito ao tratamento não implicou em níveis satisfatórios de controle da PA e, conseqüentemente, relação direta com a adesão ao tratamento.<sup>19</sup>

Não houve variação significativa nos percentuais de tabagistas e sedentários.

A limitação para generalização destes achados decorre do fato de a amostra do estudo ter sido constituída somente por idosos assistidos pela ESF, não retratando a população total de idosos do Distrito Federal, uma vez que a cobertura da ESF não é absoluta. Além disso, como a entrevista foi realizada por um profissional de saúde, as respostas sobre seus comportamentos como pacientes podem apresentar vies. Não obstante, as características da amostra foram semelhantes à de outros estudos nacionais e internacionais. Vale ressaltar que estudos com essas relações especificamente na população idosa são escassos.

## Conclusão

Existe maior chance dos idosos apresentarem depressão quando estes não aderem ao tratamento medicamentoso anti-hipertensivo.

No que tange à associação de depressão e hipertensão na população geriátrica, os idosos têm com frequência sintomas depressivos e esta associação tende a levar a um curso mais prolongado ou recorrente da depressão. Ademais, a depressão aumenta a incidência de hipertensão arterial.

É importante frisar que cabe às equipes de saúde identificar precocemente a hipertensão arterial, a depressão e qualquer outro fator que possa comprometer a qualidade de vida dos idosos acompanhados na sua equipe e promover hábitos de vida saudável no intuito de manter a autonomia desses indivíduos.

É mandatório um esforço contínuo e intenso por parte da equipe de saúde para desenvolver estratégias para melhorar a adesão ao tratamento uma vez que este tem impacto no prognóstico da doença e na qualidade de vida do paciente.

## Referências

1. Miranda GMD, Mendes ACG, Silva ALA. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e conseqüências sociais atuais e futuras. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.* 2016; 19(3):507-519
2. Costa EM, Lourenço RA. Hipertensão arterial no idoso saudável e no idoso frágil: uma revisão narrativa. *Revista HUPE.* 2017; 16(1):37-43
3. Veras RP. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Rev Saúde Publica.* 2009; 43(3):548-554.
4. Danilow MZ, Moreira ACS, Vilela CG, Barra BB, Novaes MRCCG, Oliveira MPF. Perfil epidemiológico, sociodemográfico e psicossocial de idosos institucionalizados do Distrito Federal. *Com. Ciências Saúde.* 2007; 18(1):9-16.

5. Oliveira MPFO, Novaes MRCCG. Perfil socioeconômico, epidemiológico e farmacoterapêutico de idosos institucionalizados de Brasília, Brasil. *Cien Saude Colet*. 2013; 18(4):1069-1078.
6. Brasil. Diretrizes para cuidados das pessoas idosas no SUS: Proposta de modelo de atenção integral. Ministério da Saúde. 2014.
7. VII Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. *Arq Bras Cardiol*. 2016;107(supl. 3).
8. Aquino GA, Cruz DT, Silvério MS, Vieira MT et al. Fatores associados à adesão ao tratamento farmacológico em idosos que utilizam medicamento anti-hipertensivo. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, Rio de Janeiro, 2017; 20(1): 116-127
9. Almeida HO, Versiani ER, Dias AR, Novaes MRCCG, Trindade EMV. O paciente idoso e a adesão a tratamentos. In: Novaes MRCCG, organizadora. *Assistência farmacêutica ao idoso. Uma abordagem multiprofissional*. Brasília: Thesaurus; 2007. p.207-219.
10. Silva PCS, Monteiro LA, Graciano ADS, Terra FS, Veiga EV. Avaliação da depressão em idosos com hipertensão arterial sistêmica. *Rev Rene*. 2014; 15(1):151-7.
11. Lima AMP, Ramos JLS, Bezerra IMP, Rocha RPB, Batista HMT, Pinheiro WR. Depressão no idoso: revisão sistemática da literatura. *Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção*. 2016; 6(2): 97-103.
12. Madeira TCS, Aguiar MIF, Bernardes ACF, Rolim ILTP, Silva RP, Braga VAB. Depressão em idosos hipertensos e diabéticos no contexto da atenção primária em saúde. *Rev APS*. 2013; 16(4):393-398.
13. Silva AS, Laprega MR. Avaliação crítica do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e de sua implantação na região de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. *Cad Saude Pública*. 2005; 21(6): 1821-1828.
14. Almeida OP, Almeida AS. Short versions of the geriatric depression scale: a study of their validity for the diagnosis of a major depressive episode according to ICD-10 and DSM-IV. *Int J Geriatr Psychiatry*. 1999; 14(10):858-856.
15. Almeida OP, Almeida AS. Confiabilidade da versão brasileira da escala de depressão geriátrica (GDS) versão reduzida. *Arq Neuropsiquiatr*. 1999; 57(2B):421-426.
16. Castelo MS, Coelho-Filho JM, Carvalho AF, Lima JWO, Noleto JCS, Ribeiro KG, Siqueira-Neto JI. Validity of the Brazilian version of the Geriatric Depression Scale (GDS) among primary care patients. *Int Psychogeriatr*. 2010; 22(1):109-113.
17. Sheikh JI, Yesavage JA. Geriatric depression scale (GDS): recent evidence and development of a shorter version. *Clin Gerontol*. 1986; 5:165-173.
18. Oliveira-Filho AD, Barreto-Filho JA, Neves SJF, Lyra Junior DP. Relação entre a escala de adesão terapêutica de oito itens de Morisky (MMAS-8) e o controle da pressão arterial. *Arq Bras Cardiol*. 2012; 99(1):649-658.
19. Fick DM, Cooper JW, Wade WE, Waller JL, Maclean JR, Beers MH. Updating the Beers Criteria for potentially inappropriate medication use in older adults: results of a US consensus panel of experts. *Arch Intern Med*. 2003; 163:2716-2724.
20. Hajjar R, Nardelli GG, Gaudenci EM, Santos AS. Sintomas depressivos e fatores associados em idosos na Atenção Primária à Saúde. *Rev Rene*. 2017; 18(6):727-33.

**Autor de Correspondência**

Camila Serra Rodrigues  
Escola Superior de Ciências da Saúde,  
Departamento de Medicina. Samambaia Sul. CEP:  
72300-537. Brasília, Distrito Federal, Brasil.  
[camilaserrarodrigues@gmail.com](mailto:camilaserrarodrigues@gmail.com)

# Polimedicação de idosos na universidade aberta à maturidade

## Polymedication of elderly in the university opened to maturity

Dennyse Ellen de Freitas<sup>1</sup>, Beatriz Barros Martins<sup>1</sup>, Jamilly Keilla Barbosa Paulino<sup>1</sup>, Dayse Emanuelle de Freitas Veríssimo<sup>1</sup>, Lindomar de Farias Belém<sup>1</sup>

### Como citar:

Freitas DE, Martins BB, Paulino JKB, Veríssimo DEF, Belém LF. Polimedicação de idosos na universidade aberta à maturidade. REVISA. 2019; 8(3): 316-21. Doi: <https://doi.org/10.36239/revisa.v8.n3.p316a321>

# REVISA

1. Universidade Estadual da Paraíba. João Pessoa, PB, Brasil.

Recebido: 20/04/2019  
Aprovado: 5/06/2019

### RESUMO

**Objetivo:** identificar os pacientes acometidos pela polifarmácia, pois, no Brasil cerca de 70% dos idosos sofrem de alguma doença crônica e tratam-se com uma ou mais drogas. **Método:** pesquisa descritiva, exploratória, e quali-quantitativa, realizada com alunos da Universidade Aberta à Maturidade - UAMA em Campina Grande - PB, no período de fevereiro a maio de 2018. **Resultados:** A maioria dos pacientes estudados foi representada pelas mulheres (70%) em comparação com os homens (30%). Observou-se que 67% dos idosos fazem uso de 5 medicamentos ou mais, enquanto apenas 33% destes tratam-se com menos de 5. Dentre os mais prescritos, destacam-se os utilizados no tratamento da hipertensão, como a Losartana (16%), tratamento do diabetes, como o Glifage (12%) e de dislipidemias, como a Sinvastatina (10%). **Conclusão:** A polifarmácia vem sendo uma realidade considerável entre a população e as intervenções terapêuticas têm sido melhores com o desenvolvimento de novos medicamentos, ajudando no aprimoramento da utilização destes e no aumento da sobrevida dos indivíduos.

**Descritores:** Idosos; Polifarmácia; Uso racional de medicamentos; Riscos.

### ABSTRACT

**Objective:** to identify the patients affected by polypharmacy, because, in Brazil about 70% of the elderly suffer from some chronic disease and are treated with one or more drugs. **Method:** The research is descriptive, exploratory, qualitative and quantitative, held with students of the University Open to Maturity - in Campina Grande - PB, in the period from February to May 2018. **Results:** Most of the patients studied were represented by women (70%) compared to men (30%). **Results:** Most of patients were represented by women (70%) compared to men (30%). We observed that 67% of the elderly use 5 drugs or more, while only 33% of these are treated with less than 5. Among the most prescribed, those used in the treatment of hypertension, like the Losartan (16%), diabetes treatment, such as Glifage (12%) and dyslipidemia, such as Simvastatin (10%). **Conclusion:** Polypharmacy has been a considerable reality among the population and therapeutic interventions have been better with the development of new drugs, helping to improve their use and increase the survival of individuals.

**Descriptors:** Seniors; Polypharmacy; Rational use of medicines; Risks.

ORIGINAL

## Introdução

A população brasileira tem passado por um rápido processo de envelhecimento, revelando hoje cerca de 16 milhões de idosos e até 2025 serão cerca de 32 milhões, constituindo-se na sexta maior população de idosos do planeta, um aumento que chega a ser cinco vezes em relação à população de 1950, ao passo que o número de pessoas com idade superior a 60 anos terá aumentado cerca de 15 vezes.<sup>1</sup>

O processo natural de envelhecimento gera desafios para a sociedade e as equipes de saúde, trazendo consideráveis desafios, para o atendimento e manutenção na qualidade de vida. O envelhecimento traz, como consequência, o aumento significativo da prevalência de doenças e do uso concomitante de diferentes medicamentos, tendo impacto no âmbito clínico e econômico e repercutindo na segurança do paciente, muitas vezes acarretando consequências negativas à saúde dos idosos.

A polifarmácia é habitualmente definida como o consumo de múltiplos medicamentos, e revela-se um problema importante no atendimento do idoso, já que essa parte da população apresenta, normalmente, mais de um problema de saúde.

Estudos relatam que 91% dos idosos no Brasil fazem uso de algum fármaco e 27% dos idosos usam cinco ou mais medicamentos. E no Brasil, 70% dos idosos possuem pelo menos uma patologia crônica, sendo assim, necessitam de tratamento farmacológico e uso regular de medicamentos.<sup>2</sup>

O Sistema Único de Saúde (SUS), através da assistência farmacêutica, tem o dever de garantir o acesso e promover o uso racional dos medicamentos. Desde 2011, está regulamentada a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename), a qual compreende seleção e padronização de medicamentos indicados para atendimento de doenças ou de agravos, disponibilizados no âmbito do SUS. Os idosos, que com frequência têm alguma morbidade, normalmente tomam muitos medicamentos, o que facilita o uso inadequado dos mesmos, levando assim a possíveis problemas. O aumento gradativo do uso de medicamentos pelos idosos leva à polifarmácia, propiciando o consumo simultâneo de medicamentos, visto que, esses são os maiores causadores de problemas, principalmente os renais.

O número de medicamentos é o principal fator de risco para doenças causadas por tratamentos ou erros médicos, havendo relação exponencial entre a polifarmácia e a probabilidade de reação adversa, interações medicamentosas e medicamentos inapropriados para idosos, e podem ser evitados pelo uso racional dos medicamentos. Estudos populacionais sobre utilização de medicamentos no Brasil mostram que de fato a idade avançada é um dos principais fatores de risco para a necessidade da utilização de medicamentos de uso crônico e por tempo prolongado. Com isso, constitui a polifarmácia como um dos fatores que podem contribuir para o uso acentuado de medicamentos inadequados e não essenciais para o tratamento.<sup>3</sup>

Ao prescrever medicamentos para idosos, o médico deve: considerar a real necessidade do uso do medicamento; não prescrever medicamentos desnecessários, principalmente aqueles com incidência elevada de efeitos colaterais, verificar se a dose do medicamento é a mais apropriada, considerar as funções renais e hepáticas atuais e verificar a forma farmacêutica mais

indicada. Faz-se necessário, ter sempre em mente a possibilidade de interação com substâncias que o paciente possa estar utilizando sem o conhecimento do médico, incluindo fitoterápicos, medicamentos não controlados, sobras de medicamentos obtidos de amigos etc.<sup>4-5</sup>

A polifarmácia ou a utilização de diversos medicamentos está associada a elevação do risco e do agravamento das reações adversas aos medicamentos (RAM), de causar toxicidade, de ocasionar erros de medicação, de reduzir a adesão ao tratamento e elevar a morbimortalidade. Assim, essa prática relaciona-se diretamente aos custos assistenciais, que inclui os medicamentos e as repercussões advindas do seu uso.<sup>4-5</sup>

O risco de RAM aumenta cerca de três a quatro vezes em pacientes submetidos à polifarmácia, podendo reproduzir síndromes geriátricas ou precipitar quadros de confusão, incontinências e quedas. É frequente o idoso apresentar de duas a seis receitas médicas e utilizar a automedicação com dois ou mais medicamentos. Acrescenta-se a isso a facilidade em adquirir os medicamentos sem receita médica nas farmácias, o que aumenta a exposição e vulnerabilidade dos idosos ao uso excessivo de medicamentos e gastos financeiros desnecessários.<sup>4-5</sup>

Este estudo teve como objetivo a identificação dos pacientes acometidos pela polifarmácia, uma vez que, no Brasil 70% dos idosos sofrem de alguma doença crônica que necessita de tratamento farmacológico com uma ou mais drogas.

## **Método**

A pesquisa do tipo descritiva e exploratória foi realizada através de uma abordagem transversal e qualiquantitativa nos prontuários de pacientes idosos da Universidade Aberta à Maturidade - UAMA na cidade de Campina Grande - PB, no período de fevereiro de 2018 a maio de 2018.

Para se tornar apto a participar da pesquisa o paciente deve ser idoso, com idade igual ou superior a 60 anos e estar em uso de pelo menos um medicamento, além de estar matriculado na Universidade Aberta a Maturidade - UAMA. Não houve discriminação quanto ao gênero, raça, classe social ou antecedente patológico. Foram excluídos da pesquisa aqueles pacientes que se recusaram a participar ou fornecer informação sobre sua saúde.

Como instrumento de coleta de dados foi utilizado um formulário farmacoterapêutico padrão baseado na caderneta de saúde da pessoa idosa do Ministério da Saúde. Este continha informações sobre a identificação do paciente, medicamentos utilizados (anti-hipertensivos e demais medicamentos), acompanhamento das pressões arteriais, glicemia e as respectivas queixas. O formulário foi preenchido através da observação dos prontuários dos pacientes que compuseram a amostra e na entrevista direta aos mesmos.

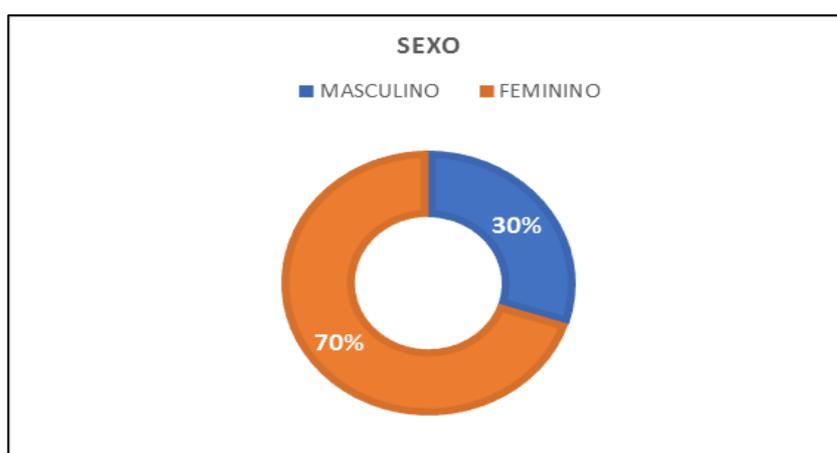
O paciente participante foi informado antecipadamente sobre os objetivos da pesquisa, foi garantido a este total anonimato e o direito de desistir da pesquisa e do acompanhamento farmacoterapêutico na hora que o couber.

Os dados foram analisados no programa estatístico Excel (2007). Para as variáveis quantitativas foram construídas tabelas com média. Considerando a necessidade da identificação dos fatores, que predispõe aos idosos ao uso de variadas medicações indiscriminadamente. Ao final deseja-se a intervenção

como resultado, além da identificação dos pacientes acometidos pela polifarmácia, a resolução ou diminuição dos problemas causados por essa condição, a diminuição do número de fármacos ou otimização da utilização pelos idosos, tendo como objetivo a redução sobre uso inadequado dos medicamentos e das interações medicamentosas.

Na avaliação dos medicamentos é feita uma busca ativa de interações medicamentosas e suas consequências. A pesquisa se dá em revistas científicas nacionais da área médica, por meio da literatura e do sistema DRUGS®, MICROMEDEX®, como fonte de informação útil para a avaliação da segurança dos medicamentos.

## Resultados e Discussão



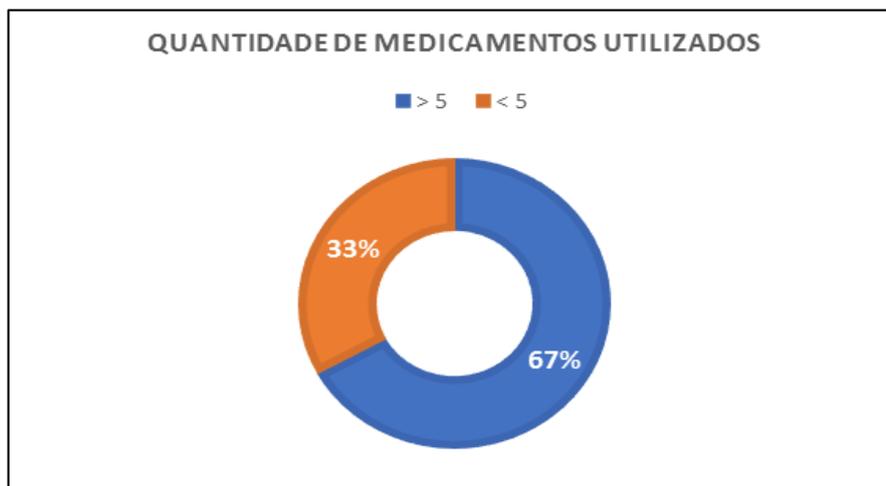
**Figura 1** - Distribuição da população estudada por sexo.

As encarregadas pela maior representação de pacientes foram às mulheres (70%) em confronto aos homens (30%), sem que houvesse diferenças significativas entre as respectivas faixas etárias. Evidenciando-se que o sexo pode comportar-se como uma variável para a necessidade do uso de um maior número de medicamentos.

**Tabela 1** - Distribuição por faixa etária, demonstrada em idade e ano de nascimento do paciente.

1920	1930	1940	1950
1	1	8	20

A tabela 1 acima mostra a composição etária dos indivíduos, onde estes, em sua grande maioria, são idosos nascidos por volta do ano de 1950 ou convizinho e possuem a idade de 68 anos ou mais. Nota-se ainda que, apesar dos índices de morbidade serem constantemente crescentes e contribuírem com a mortalidade cada vez mais cedo, a população idosa tem conseguido alcançar melhores condições e consequente qualidade de vida e por um maior espaço de tempo. Devendo-se isto, também, à utilização correta e racional dos medicamentos.



**Figura 2** - Quantidade média de medicamentos utilizados por cada paciente.

A relação entre idosos e consumo simultâneo de muitos medicamentos pode ser uma junção potencialmente perigosa. A figura 2 mostra que 67% dos idosos fazem uso de 5 medicamentos ou mais, enquanto apenas 33% destes tratam-se com menos que 5 medicamentos. Por consecutivo, os riscos de toxicidade cumulativa, efeitos adversos, não adesão ao tratamento e demais erros aumentam consideravelmente. Além dos custos assistenciais com os procedimentos relacionados à saúde e com as sequelas decorrentes deste consumo desordenado.

A utilização desses remédios é indispensável para a melhoria da qualidade de vida das pessoas, principalmente dos idosos que são, em geral, mais acometidos pelas patologias, principalmente, as crônicas. No entanto, é este mesmo tipo de população que possui maior vulnerabilidade, devendo, portanto, receber maior atenção e cuidado entre os profissionais da saúde.

Com o avanço da idade, começam a ocorrer diversas mudanças fisiológicas e a magnitude de ocorrência das doenças vai se expandindo conforme o tempo passa, fazendo com que haja o crescimento do consumo de fármacos entre as diversas classes terapêuticas, principalmente aquelas classes que tratam doenças crônicas.

As novas tecnologias têm permitido admiráveis e consideráveis avanços no desenvolvimento de medicamentos novos disponíveis no mercado e, muitas vezes, levam a população ao uso de múltiplos medicamentos, alguns que não possuem grande necessidade. São medicamentos mais precisos, seguros e eficazes, porém é importante atentar-se que, mesmo com estas melhorias, o constante uso pode acarretar outros problemas indesejáveis.

Consultas e planejamentos para o desenvolvimento de melhores planos de cuidado são serviços de acompanhamento farmacoterapêutico que podem levar a uma melhor adesão, precisão e segurança utilizadas com os pacientes além da consequente melhora nos resultados obtidos.

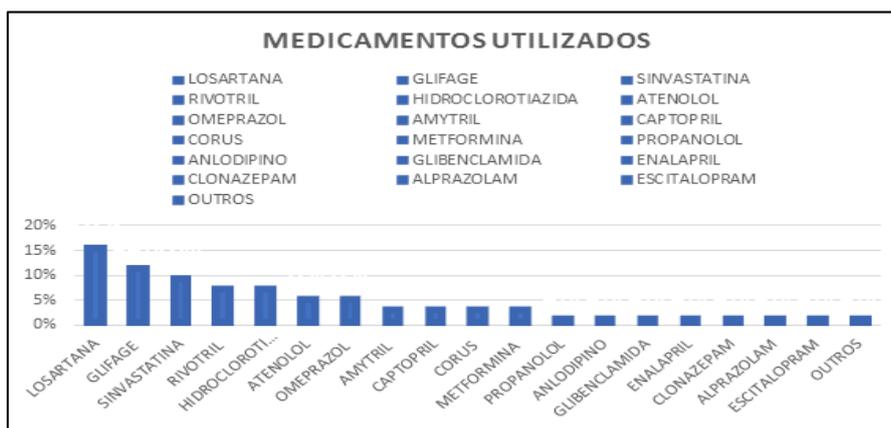


Figura 3 - Medicamentos mais utilizados.

Dentre os medicamentos mais prescritos nos tratamentos dos idosos, destacam-se os utilizados para o tratamento da hipertensão, como a Losartana (16%), tratamento do diabetes, como o Glifage (12%) e de dislipidemias, como a Sinvastatina (10%). O que também corresponde à prevalência destas patologias entre essa mesma população. Doenças crônicas como a hipertensão e o diabetes são geralmente tratadas com associações de fármacos, fazendo com que a polifarmácia nem sempre seja evitável.

## Conclusão

A polifarmácia em idosos têm sido uma realidade considerável, por isso a necessidade de um acompanhamento e de intervenções para uma melhor adesão. As interferências terapêuticas têm sido melhores com o progresso no desenvolvimento de novos medicamentos, ajudando no aprimoramento da utilização destes e no aumento da sobrevida dos indivíduos.

Contudo, deve-se considerar, primordialmente, as reais necessidades dos pacientes a fim de propiciar o uso do menor número de medicamentos possível. Dessa forma, o maior desafio está nos primeiros atendimentos, nas prescrições adequadas e de profissionais com o intuito de desenvolver estratégias para o uso consciente do mesmo, além de equipes multidisciplinares, trabalhando em conjunto para que assim se possa diminuir os danos e melhorando a qualidade de vida.

## Referências

1. Carvalho MFC, Lieber NSR, Mendes GB. Polifarmácia entre idosos do Município de São Paulo. Rev Bras Epidemiol 2012; 15(4): 817-27
2. Júnior JDP, Junior JCB, Gonçalves JC. Prática de polifarmácia por idosos cadastrados em unidade de atenção primária. Rev Investigação. 2013;13:15-18
3. Nascimento RCRM, Álvares J, Júnior AAG. Polifarmácia: uma realidade na atenção primária do Sistema Único de Saúde. Rev. Saúde Pública. 2017;51 Supl 2:19s.
4. Williams C. Using medications appropriately in older adults. Am Fam Physician 2002; 66(10):1917-24

### Autor correspondente:

Dennyse Ellen de Freitas  
 Universidade Federal da Paraíba  
 Campus I - Lot. Cidade Universitaria. CEP:  
 58051-900. João Pessoa, Paraíba, Brasil.  
[prograd@uepb.edu.br](mailto:prograd@uepb.edu.br)

# Atividade antifúngica dos lactobacillus presentes no iogurte sobre a candida albicans in vitro

## Antifungal activity of lactobacillus present in the yogurt on candida albicans in vitro

Gabriel Lopes Vasconcelos<sup>1</sup>, Leandro dos Santos Lourenço<sup>1</sup>, Rodrigo Marques da Silva<sup>1</sup>, Fernando Vianna Cabral Pucci<sup>2</sup>

### Como citar:

Vasconcelos GL, Lourenço LS, Silva RM, Pucci FVC. Atividade antifúngica dos Lactobacillus presentes no iogurte sobre a Candida albicans in vitro. REVISA. 2019; 8(3): 322-8. Doi: <https://doi.org/10.36239/revisa.v8.n3.p322a328>

# REVISA

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

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

Recebido: 10/04/2019  
Aprovado: 10/06/2019

### RESUMO

**Objetivo:** Este artigo tem como objetivo avaliar a atividade antifúngica in vitro dos Lactobacillus bulgaricus e Streptococcus thermophilus que estão presentes no iogurte sobre o crescimento da Candida albicans. **Método:** Foi realizado o repique da Candida albicans, fornecido em um tubo, na placa de petri contendo o ágar sabouraud dextrose para formação de colônias e aumento da população de Candida albicans. As amostras foram diluídas em soro fisiológico e semeada na placa de petri e incubou-se por duas horas. Após as duas horas, realizou-se a semeadura do iogurte, contendo os Lactobacillus bulgaricus e Streptococcus thermophilus, sobre a placa de petri contendo a Candida albicans e incubou-se na estufa a 37° C por 48 horas. **Resultado:** Após o período de incubação, verificamos que houve a inibição do crescimento da Candida albicans, reduzindo a quantidade de colônias das placas onde foi semeado o iogurte. **Conclusão:** Os Lactobacillus presentes no iogurte foram eficazes na atividade antifúngica contra a Candida albicans in vitro. Atualmente, poucos estudos foram realizados in vitro, sendo necessário realizar novos experimentos isolando os Lactobacillus bulgaricus e Streptococcus thermophilus presentes no iogurte, para maior certeza da eficácia da atividade antifúngica de cada Lactobacillus.

**Descritores:** Candida albicans; Lactobacillus bulgaricus; Streptococcus thermophilus; Iogurte.

### ABSTRACT

**Objective:** this paper aims to assess the antifungal activity in vitro of Lactobacillus bulgaricus and Streptococcus thermophilus that exist in yogurts on the Candida albicans growing. **Method:** we ringed the Candida albicans, that was provided in a tube and in a Petri's plate, containing agar Sabouraud dextrose to compose the colonies and increase the Candida albicans population. Samples were diluted in physiological solution and seeded in the Petri's plate, being incubated for two hours. After this time, we put the yogurt- containing the Lactobacillus bulgaricus and the Streptococcus thermophilus on the Petri's plate. It was incubated in the heating chamber under 37°C for 48 hours. **Results:** After the incubation period, we verified that Candida albicans growing was inhibited, reducing the number of colonies in plates where the yogurt was seeded in. **Conclusion:** the Lactobacillus existent in the yogurt has an effective antifungal activity in vitro. Nowadays, few investigations were conducted in vitro, being necessary another studies to ensure the antifungal activity effectiveness of Lactobacillus present in yogurts.

**Descriptors:** Candida albicans; Lactobacillus bulgaricus; Streptococcus thermophilus; Yogurt.

ORIGINAL

## Introdução

Atualmente, as infecções causadas por fungos constituem um importante e ascendente problema de saúde pública devido ao número de pacientes imunocomprometidos e à incidência que tem aumentado gradualmente nas últimas décadas. Conseqüentemente, a morbidade e mortalidade provocadas por estas patologias têm apresentado taxas elevadas nos últimos anos<sup>1-2</sup>, sendo que a levedura da *Candida albicans* já é a segunda mais frequentemente isolada no Brasil<sup>3</sup> e a mais frequente isolada em humanos.<sup>1</sup>

A *Candida albicans* é uma levedura patogênica ao homem, observada pela primeira vez em 1839 pelo cirurgião alemão Bernhard Rudolf Konrad von Langenbeck, sendo considerada erroneamente a causadora do tifo uma vez que foi observada em aftas bucais de um paciente que possuía a doença. Em 1842, esse microrganismo foi classificado pelo médico David Gruby no gênero *Sporotrichum* e definiu a candidíase oral. Esse microrganismo foi estudado detalhadamente por Berg em 1846, estabelecendo definitivamente a sua relação com a candidíase oral. Anos mais tarde, em 1853, esse microrganismo foi denominado por Chales Robin de *Oidium albicans* e redenominado por Zopf de *Monilia Albicans* em 1890. E somente em 1923 essa espécie foi transferida para o gênero *Candida* e, posteriormente, foi criada a espécie *Candida albicans* por Berkhout. Ao longo da história, foram atribuídas a esta levedura mais de 111 denominações.<sup>1,4</sup>

O gênero da *Candida* é o principal grupo de leveduras que causam infecções oportunistas<sup>5</sup>. Este gênero é composto por certa de 150 a 200 espécies<sup>1,5-8</sup>, que normalmente vivem em nichos corporais, como orofaringe, cavidade bucal, trato gastrointestinal, sistema urogenital, mucosa do trato respiratório, dobras da pele, secreções brônquicas e vagina<sup>5-6</sup>. Do total de infecções oportunistas, 90% são causadas pelas espécies *Candida albicans* (que corresponde a 50% do valor total, sendo a espécie mais prevalente), *Candida glabrata*, *Candida parapsilosis* e *Candida tropicalis*.<sup>2</sup>

A *Candida* spp. é classificada taxonomicamente no reino Fungi, divisão *Eumycota*, subdivisão *Deuteromycotina*, classe *Blastomycetes*, família *Cryptococcaceae*.<sup>1</sup> Ela é um fungo dimórfico, que tem a capacidade de se apresentar em diferentes morfologias, nas formas leveduriforme (associado à colonização assintomática), pseudo-hifa ou hifa verdadeira (associada aos processos patogênicos).<sup>2, 6, 9</sup>

As leveduras da *Candida albicans* se tornam patogênicas em pacientes com imunodeficiência. Nessas circunstâncias, elas podem causar doença em vários órgãos e tecidos, causando infecção superficial e sistêmica<sup>1-2, 5</sup>. Existem várias causas que podem levar ao desenvolvimento, tais como fármacos imunossupressores, tempo prolongado de permanência no hospital, hemodiálise, insuficiência renal, diabetes, antibióticos de largo espectro, cancro, quimioterapia, bem como cirurgias e transplantes de órgãos ou medula óssea.<sup>2</sup>

A *Candida albicans* possui basicamente três tipos de manifestações: muco cutânea, cutânea e sistêmica. A candidíase muco cutânea acomete a cavidade oral e o canal vaginal, sendo que esta é a forma mais comum nos seres humanos. A candidíase cutânea pode acometer as áreas úmidas do corpo, como os espaços interdigitais, regiões das mamas, debaixo das unhas, pregas das virilhas e axilas, consistem em manifestações superficiais<sup>5,7</sup>. A infecção

sistêmica ou invasiva, conhecida como candidemia, são infecções profundas que acometem a corrente sanguínea ou órgãos que se disseminam na corrente sanguínea<sup>1</sup>, sendo que a mortalidade, apesar dos tratamentos disponíveis, atualmente é elevada ocorrendo em 15 a 25% no caso de adultos e cerca de 10 a 15% em crianças.<sup>2</sup>

A candidíase vulvovaginal (CVV) é uma doença caracterizada pela infecção da vulva e da vagina, causada por leveduriformes do gênero *Candida*, que medem aproximadamente de 2 a 6µm<sup>4,7-8</sup>. A *Candida* ssp. também pode compor a flora normal da vagina e do trato gastrointestinal, onde, em condições normais do sistema imunológico, não causa nenhum mal, somente quando começa a se proliferar demasiadamente causando a candidíase<sup>6,8</sup>. A candidíase vulvovaginal acomete, pelo menos uma vez na vida, cerca de 75% das mulheres, tendo diferentes fatores de risco para o desenvolvimento desta forma de doença como: utilização de hormônios, tratamento com antibióticos, uso de contraceptivos locais e diabetes.<sup>2,10</sup>

A candidíase oral é a infecção oportunista mais comum nesta cavidade, a qual pode se apresentar de formas diferentes, como candidíase aguda pseudomembranosa, candidíase atrófica crônica, queilite angular, leucoplasia e candidíase muco cutânea crônica.<sup>2</sup>

O tratamento terapêutico efetivo para o tratamento da *Candida* é composto por quatro grupos de drogas que são os poliênicos, triazólicos, equinocandinas e fluocitosina.<sup>7</sup> O tratamento da *Candida* oral e vaginal, que visa melhorar a sintomatologia, é realizado através de medicamentos antifúngicos<sup>7-8,11</sup>, incluindo aqueles para tratamento da candidíase oral e vulvovaginal, tais como: nistatina, clotrimazol, anfotericina, fluconazol, cetoconazol, butoconazol, clotrimazol, miconazol, nistatina, tioconazol, entre outros.<sup>7</sup>

Para os casos sistêmicos graves, como a meningite, o tratamento consiste na prescrição de Anfotericina-B. Ela é prescrita pelo médico e administrada em nível hospitalar, pois exige uso da via intravenosa e possui altos níveis de nefrotoxicidade<sup>7</sup>. Nesse sentido, novos estudos apontam o medicamento Ambisome (Anfotericina B lipossomal), que contém o mesmo princípio ativo, possui uma composição especial que causa reações adversas menos graves e com menor frequência. Todavia, o uso indiscriminado dos medicamentos com doses inadequadas e o crescente uso desses medicamentos na profilaxia de infecções fúngicas têm aumentado a resistência clínica da *Candida albicans* aos antifúngicos.<sup>4</sup>

Uma vez que, os probióticos apresentam vários efeitos benéficos no equilíbrio da flora intestinal, fortalecendo o sistema imunológico, sendo que os mesmos são coadjuvantes no tratamento da candidíase vaginal e de repetição<sup>12</sup>. Visto que, inicialmente foi definido como compostos ou extratos de tecidos capazes de estimular o crescimento microbiano. Em 1974, Parker definiu probiótico como relativo a organismos e substâncias que contribuíam para o equilíbrio microbiano intestinal, porém, “substância poderia incluir suplementos tais como antibióticos, que tem uma função oposta, por este motivo, abandonaram essa definição. Por volta da década de 90, uma definição mais específica foi apresentada, na qual definia os probióticos como microrganismos viáveis, o que inclui bactérias lácticas e leveduras na forma de células liofilizadas ou de produto fermentado que trazem um efeito benéfico sobre a saúde do hospedeiro após a ingestão, devido as melhorias das

propriedades da microflora nativa.<sup>13</sup>

Além disso, conforme a resolução RDC nº 2, de 7 de janeiro de 2002, probióticos são microrganismos vivos capazes de melhorar o equilíbrio microbiano intestinal produzindo efeitos benéficos a saúde do indivíduo. Dessa forma, o iogurte é um alimento funcional por ser uma fonte de cálcio, mas pesquisas recentes têm estudado os efeitos probióticos presentes nos produtos lácteos fermentados<sup>14</sup>, produzido por coagulação e acidificação do pH do leite, ou leite reconstituído, podendo ser adicionado, ou não, de outros produtos lácteos, através da fermentação láctea mediante o mecanismo de ação protossimbióticos do *Lactobacillus delbrueckii* subsp *bulgaricus* e *Streptococcus thermophilus*.<sup>15</sup>

Devido a essas definições e a necessidade de desenvolvimento de tratamentos alternativos e/ou complementares que reduzam a taxa de resistência da *Candida albicans* às drogas disponíveis no mercado, o objetivo desse estudo foi avaliar a atividade antifúngica *in vitro* dos *Lactobacillus bulgaricus* e *Streptococcus thermophilus* presentes no iogurte sobre a *Candida albicans*.

## Método

Trata-se de um estudo experimental, realizado no laboratório de uma faculdade privada do estado de Goiás no período de 27 de abril de 2019 a 02 de maio de 2019.

Para realização do experimento foi utilizado uma cepa de *Candida albicans* e uma amostra de iogurte natural, contendo *Lactobacillus bulgaricus* e *Streptococcus thermophilus*, sem açúcar e conservantes da marca Nestlé®, Lote 9097132322, data de fabricação 07.04.2019 22:26, data de validade 22.05.2019.

O experimento foi realizado utilizando o meio de cultura ágar *sabouraud* dextrose - um meio para isolamento de leveduras e fungos, preparado de acordo com o método de formulação da Farmacopeia Europeia e da Farmacopeia U.S (Teste microbiano de produtos não estéreis: Teste para microrganismos específicos).

Após a obtenção da amostra, foi necessário realizar o repique da *Candida albicans*, fornecido em um tubo, na placa de petri contendo o ágar *sabouraud* dextrose para formação de colônias e aumento da população de *Candida albicans*. Para realizar o repique, utilizou-se uma alça de platina para seleção da *Candida albicans* e semeou-se na placa utilizando a técnica de semeadura de esgotamento em estrias múltiplas. Incubou-se a placa de petri em estufa a 37 °C e aguardou-se 36 horas para crescimento da *Candida albicans*.

Para realizar a inoculação da amostra, foi utilizada a escala de Mc Farland. Essa é uma escala nefelométrica usada com um padrão de turvação, mais frequentemente utilizado nos laboratórios de microbiologia, para determinar a intensidade da multiplicação em meios de cultivo. Esta multiplicação se manifesta nos meios por um aumento das partículas (fungos) que se opõem a livre passagem da luz, provocando turvação ou opacidade no meio. Assim, quanto maior o número de fungos, maior será a opacidade do meio de cultura.<sup>16</sup>

Após o crescimento da *Candida albicans* na placa de petri, utilizando a escala de Mc Farland, foi selecionada uma colônia de *Candida albicans* com uma

alça de platina e diluímos em cerca de 10 ml de soro fisiológico. Utilizando um *swab*, semeou-se a amostra da *Candida albicans*, diluída em soro fisiológico anteriormente, em uma nova placa de petri contendo o Ágar Sabouraud Dextrose. A técnica utilizada foi a semeadura por varredura. Após isso, a *Candida* semeada foi incubada na estufa a 37° C por duas horas para realizar a secagem do diluente da *Candida albicans*. Após realizar a secagem da *Candida albicans*, retirou-se a placa de petri da estufa. Realizou-se, então a semeadura, pela mesma técnica, do iogurte sobre a placa de petri contendo a *Candida albicans*. Por fim, incubou-se o composto na estufa a 37° C por 48 horas.

## Resultados

Na Figura 1(a,b e c), observam-se respectivamente os resultados da análise das placas de petri contendo *Candida albicans* e iogurte; das Placas de petri contendo apenas *Candida albicans* (amostra controle); e da comparação das placas contendo apenas a *Candida albicans* com as placas onde foi semeada a *Candida albicans* e o iogurte.



Figura 1a: Placas de petri contendo *Candida albicans* e iogurte.

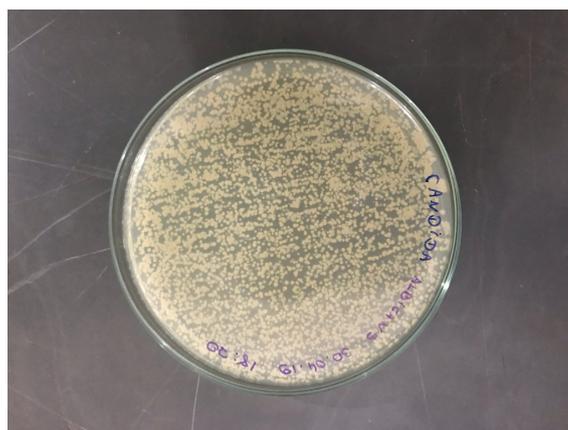


Figura 1b: Placa de petri contendo apenas *Candida albicans* (amostra controle).

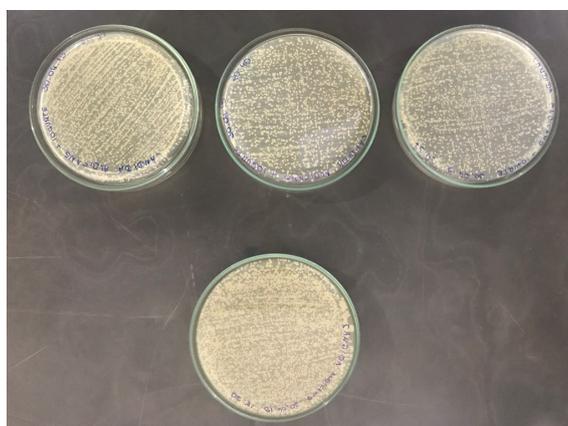


Figura 1c: Comparação das placas contendo apenas a *Candida albicans* com as placas onde foi semeada a *Candida albicans* e o iogurte.

Após o período de 48 horas na estufa, comparando com a amostra controle (somente *Candida albicans* semeada) (Figura 1b), verifica-se que houve a inibição do crescimento da *Candida albicans* (Figura 1c), reduzindo a quantidade de colônias das placas onde foi semeado o iogurte (Figura 1a).

## Discussão

Algumas experiências realizadas *in vitro* mostram que algumas cepas de *Lactobacillus* podem inibir o crescimento da *Candida albicans*, porém o resultado dessas experiências não se aplicam necessariamente aos seres humanos, pois os mecanismos fisiológicos e patofisiológicos dos *Lactobacillus* e da *Candida albicans* em seres humanos são muito complexos e não podem ser imitados com exatidão no laboratório.<sup>17</sup> Atualmente, há vários estudos que comprovam a atividade antifúngica *in vivo*, porém esses resultados não são aplicados necessariamente ao objeto de pesquisa deste artigo *in vitro*. A ingestão diária de iogurte contendo o *Lactobacillus acidophilus* reduziu, tanto a colonização, quanto a infecção por *Candida*, porém o mecanismo de ação do *Lactobacillus* pode ser multifatorial<sup>18</sup>. Outro estudo concluiu que o consumo de iogurte associado ao mel de abelha em pacientes com candidíase vulvovaginal durante a gravidez levou a um nível relativamente alto de cura clínica. Essa cura foi ainda maior que aquela produzida com o uso de terapia antifúngica, podendo ser o iogurte associado ao mel de abelha utilizada como uma terapia complementar ou alternativa quando agentes antifúngicos forem ineficazes ou contraindicados.<sup>19</sup>

Além disso, alguns estudos realizados comprovaram a eficácia dos probióticos *in vitro* sobre alguns patógenos. Em pesquisa realizada com alguns probióticos verificou-se que a maioria dos probióticos isolados nos experimentos demonstraram efeito antifúngico contra a *Candida albicans*, *in vitro*, isolados da cavidade oral, trato gastrointestinal e do trato genitourinário de humanos.<sup>20</sup>

Todavia, nos estudos encontrados, somente um dos *Lactobacillus* investigados neste artigo foi avaliado, qual seja: *Streptococcus thermophilus*. Nesse estudo, realizado com o *Lactobacillus bulgaricus* e *Streptococcus thermophilus* presentes no iogurte, realizado no laboratório de uma faculdade privada do estado de Goiás/Brasil, foi identificado que os *Lactobacillus* apresentaram efeito antifúngico, *in vitro*, contra a *Candida albicans*.

De acordo com a ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária), os microrganismos *Streptococcus salivarius* (subespécie *thermophilus*) e *Lactobacillus delbrueckii* (subespécie *bulgaricus*) foram retirados da lista de probióticos reconhecidas pelo órgão. Isso ocorreu porque, além de serem espécies necessárias para produção do iogurte, de acordo com a ANVISA, os mesmos não possuem efeitos probióticos cientificamente comprovados.<sup>13</sup>

## Conclusão

Os *Lactobacillus* presentes no iogurte foram eficazes na atividade antifúngica contra a *Candida albicans* *in vitro*. Atualmente, poucos estudos foram realizados *in vitro*, sendo necessário realizar novos experimentos isolando os *Lactobacillus bulgaricus* e *Streptococcus thermophilus* presentes no iogurte, para maior certeza da eficácia da atividade antifúngica de cada *Lactobacillus*.

## Referências

1. Giolo MP, Svidzinski TIE. Fisiopatogenia, epidemiologia e diagnóstico laboratorial da candidemia. J. Bras. Patol. Med. Lab. 2010;46(3):225-234.
2. Cardoso TS. Papel do ATP na infecção de Macrófagos por *Candida albicans* [Dissertação]. Coimbra: Faculdade de Ciências e Tecnologia Universidade de Coimbra, Coimbra). 2013
3. Nunes EB, Nunes NB, Monteiro JCMS, Paes ALV. Perfil de sensibilidade do gênero *Candida* a antifúngicos em um hospital de referência da Região Norte do Brasil. Rev Pan-Amaz Saúde. 2011; 2(4): 23-30.
4. Tozzo AB, Grazziotin NA. Candidíase Vulvovaginal. PERSPECTIVA Erechim. 2012;36(133):53-62.
5. Vieira AJH, Santos JI. Mecanismos de resistência de *Candida albicans* aos antifúngicos anfotericina B, fluconazol e caspofungina. Rev. Bras. An. Clin. 2017;49(3): 235-239.
6. Álvares CA, Svidzinski TIE, Consolaro MEL. Candidíase vulvovaginal: fatores predisponentes do hospedeiro e virulência das leveduras. J. Bras. Patol. Med. Lab. 2007;43(5): 319-327.
7. Peixoto JV, Rocha MG, Nascimento RTL, Moreira VV, Kashiwabara TGB. Uma revisão de literatura. Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research – BJSCR. 2014;8(2):75-82
8. Freitas B, Pires DVDC. Fatores de Risco Associados à Candidíase Vulvovaginal. Rev. Saúde em Foco. 2016; 8(1): 247-252.
9. Richardson JP, Moyes DL. Adaptive immune responses to *Candida albicans* infection. Virulence. 2015; 6(4):327-37.
10. Tsui C, Kong EF, Rizk MNJ. Patogênese do biofilme de *Candida albicans*, patógenos e doenças. *Pathogens and Disease*. 2016;74(4):55-73.
11. Manguiera DFB, Manguiera LFB, Diniz MFFM. Candidose oral. Rev. Bras. de Ciências da Saúde. 2010; 14(8):69-72.
12. Paludo RM, Marin D. Relação entre candidíase de repetição, disbiose intestinal e suplementação com probióticos: uma revisão. Rev. Destaques Acadêmicos. 2018;10(3):46-57.
13. Nogueira JCR, Gonçalves MCR. Probióticos – Revisão da Literatura. Rev. Bras. de Ciências da Saúde. 2011;15(4):487-492.
14. Capitani C, Hauschild FAD, Friedrich CJ, Lehn DN, Souza CFV. Caracterização de iogurtes elaborados com probióticos e fibra solúvel. Rev. Bras. de Tecnologia Agroindustrial. 2014;8(2):1285-1300.
15. Ramos TM, Gajo AA, Pinto SM, Abreu LR, Pinheiro AC. Perfil de textura de *labneh* (iogurte grego). Rev. Inst. Latic. Cândido Tostes. 2009;369(64):8-12.
16. Scalia RA, Dolci JEL, Ueda SMY, Sassagawa SM. Atividade antimicrobiana in vitro da *Luffa operculata*. Braz. j. otorhinolaryngol. 2015;81(4):422-430.
17. Falagas ME, Betsi GI, Athanasiou S. Probiotics for prevention of recurrent vulvovaginal candidiasis: a review. Journal of Antimicrobial Chemotherapy. 2006;58(2):266-272.
18. Hilton E, Isenberg HD, Alperstein P, França K, Borenstein MT. Ingestion of Yogurt Containing *Lactobacillus acidophilus* as Prophylaxis for Candidal Vaginitis. Ann Intern Med. 1992;116(5):353-357.
19. Abdelmonem AM, Rasheed SM, Mohamed AS. Bee-honey and yogurt: a novel mixture for treating patients with vulvovaginal candidiasis during pregnancy. Arch Gynecol Obstet. 2012;286(1):109-114.
20. Matsubara VH, Bandara HMIHN, Mayer MPA, Samaranyake LP. Probiotics as Antifungals in Mucosal Candidiasis. *Clinical Infectious Diseases*. 2016;62(9):1143-1153.

**Autor correspondente:**

Rodrigo Marques da Silva  
Faculdade de Ciências e Educação Sena Aires.  
Rua Acre, Quadra 02. Lotes 17/18, s/n - Setor de Chácaras  
Anhanguera. Valparaíso de Goiás, Goiás, Brasil.  
[marques-sm@hotmail.com](mailto:marques-sm@hotmail.com)

# Uso da bandagem elástica kinesio taping no controle da sialorréia em uma criança com paralisia cerebral

## Use of elastic bandage kinesio taping in control of sialorrhea in a child with cerebral paralysis

Valdenia Tavares Sousa<sup>1</sup>, Ronney Jorge de Souza Raimundo<sup>1</sup>, Carla Chiste Tomazoli Santos<sup>1</sup>, Leonardo Gama Alves<sup>1</sup>,  
Ithago Santos Guilherme<sup>2</sup>, Iel Marciano de Moraes Filho<sup>3</sup>

### Como citar:

Vasconcelos GL, Lourenço LS, Silva RM, Pucci FVC. Uso da bandagem elástica kinesio taping no controle da sialorréia em uma criança com paralisia cerebral. REVISA. 2019; 8(3): 329-36. Doi: <https://doi.org/10.36239/revisa.v8.n3.p329a336>

# REVISA

1. Faculdade de Ciências e Educação Sena Aires, Valparaíso de Goiás, Goiás, Brasil.
2. Colégio Sena Aires, Valparaíso de Goiás, Goiás, Brasil.
3. Universidade Paulista, Departamento de Enfermagem, Brasília, Distrito Federal, Brasil

Recebido: 10/04/2019  
Aprovado: 10/06/2019

### RESUMO

**Objetivo:** verificar a eficiência do kinesio Taping (KT) no controle da deglutição de saliva e sialorréia em crianças com Paralisia Cerebral (PC) e logo avaliar a melhora da qualidade de vida, a motivação, e a autoestima da criança. **Método:** Trata-se de um relato de caso realizado com uma criança de sete anos do sexo feminino, que faz acompanhamento fisioterapêutico na Clínica Escola de uma Instituição de Ensino Superior (IES), no entorno do Distrito Federal. A responsável pela paciente assinou voluntariamente o Termo de assentimento Livre e Esclarecido (TALE), após o esclarecimento sobre os objetivos do estudo e procedimentos a serem utilizados. A participante apresenta diagnóstico clínico de PC com diplegia espástica e sialorréia crônica. **Resultados:** Foi mantido o tratamento inicial e associado o método o kT, no controle da sialorréia não foi observado nenhuma reação alérgica referente a bandagem pela criança. A criança se adaptou a colocação da fita adesiva KT, e obteve redução de 40% no volume de salivação e logo a redução no número de toalhas usadas por dia para a higienização bucal. No início a média de pontuação para avaliação de frequência da sialorréia foi de 4 pontos. A partir da 2ª aplicação consecutivamente a escala da pontuação obteve uma média de 3 pontos, a mãe também informou que houve uma redução da sialorréia após o uso da bandagem. **Conclusão:** O método KT se mostrou eficaz na melhoria do controle de deglutição de saliva e sialorréia em crianças com PC, com redução do número de toalhas utilizadas por dia, e melhorando assim sua autoestima e qualidade de vida. Podendo ser um importante recurso terapêutico na área da fisioterapia.

**Descritores:** Paralisia cerebral; Sialorréia; Planos Médicos Alternativos; Avaliação de Tecnologias em Saúde; Reabilitação.

### ABSTRACT

**Objective:** To verify the efficiency of Kinesio Taping (KT) in the control of saliva and sialorrhea swallowing in children with Cerebral Palsy (CP) and then evaluate the improvement of the child's quality of life, motivation and self-esteem. **Method:** This is a case report performed with a seven-year-old female child, who was undergoing physical therapy at the School Clinic of a Higher Education Institution (HEI), around the Federal District. The patient responsible voluntarily signed the Informed Consent Term (TALE), after clarifying the study objectives and procedures to be used. The participant presents clinical diagnosis of CP with spastic diplegia and chronic sialorrhea. **Results:** The initial treatment and the kT method were maintained. In the control of sialorrhea, no allergic reaction related to the bandage was observed for child. She has adapted the placement of the KT tape and achieved a 40% reduction in salivation volume and then a reduction in the number of towels used per day for oral hygiene. In the beginning, the average score for sialorrhea frequency assessment was 4 points. After the second consecutive application, the score scale obtained was 3 points, on average, the mother also reported that there was a reduction in sialorrhea after the use of bandage. **Conclusion:** The KT method was effective in improving the control of swallowing saliva and sialorrhea in children with CP, reducing the number of towels used per day, thus improving their self-esteem and quality of life. It can be an important therapeutic resource in the area of physical therapy.

**Descriptors:** Cerebral palsy; Sialorrhea; Alternative medical plans; Health technology assessment; Rehabilitation.

ORIGINAL

## Introdução

A paralisia cerebral (PC) é determinada como um conjunto de distúrbios permanentes de movimento e postura, que podem causar limitações de atividade que são atribuídos a distúrbios não progressivos ocorridos no crescimento do cérebro, ocasionado nas fases de desenvolvimento fetais até a fase infantil<sup>1</sup>. As crianças com PC mostram constantemente uma função motora oral prejudicada que não só afeta a mastigação e / ou a deglutição, mas também pode causar sialorréia.<sup>2,3</sup>

A Sialorréia se caracteriza pela perda inconsciente de saliva pela cavidade oral, podendo ocorrer normalmente em bebês recém-nascidos, até os 24 meses de idade, porém, depois dos dois anos as crianças com desenvolvimento motor natural devem apresentar habilidade de fazer a maioria das atividades sem perda de saliva. Após os quatro anos de idade, a saliva constante e em excesso é atípica e frequentemente persiste em crianças com doenças neurológicas que incluem incoordenação neuromuscular da deglutição, paralisia cerebral e esquizofrenia<sup>4-5</sup>

Estes episódios se apresentam de uma maneira muito inquietante para pacientes neurológicos, tanto quanto para seus pais ou cuidadores; a um grande risco de recusa social, ocasionada pela existência de humidade frequente, aparente odor característico nas roupas, e o desconforto físico, esses fatores debandam um aumento de cuidados específicos extremamente necessário para estes pacientes.<sup>6</sup>

A saliva problemática é descrita por ocorrer entre 10 há 37% das crianças com PC. Há procedimentos mais invasivos para melhorar a hipersalivação ou a sialorréia, o procedimento é caracterizado pela Injeção da neurotoxina botulínica na glândula intra esternal, esta técnica surgiu como uma ação mais direcionada e efetiva, e se caracteriza como uma ótima escolha para o tratamento da sialorréia em crianças com distúrbios neurológicos<sup>7</sup>. Após há a aplicação da neurotoxina botulínica há uma incidência de efeitos colaterais como atrofia das glândulas salivares que podem acarretar uma redução absoluta da saliva, e aumento da espessura da saliva<sup>8</sup>; disfagia, que se caracteriza como dificuldade de deglutir líquidos e alimentos, e logo poderá ocasionar também episódios de broncoaspiração, aumentando a probabilidade de IRAS.

De outro ponto de vista, as abordagens não-invasivas podem possibilitar em longo prazo uma grande eficácia, sem ocasionar efeitos adversos. Consequentemente, tais modalidades devem ser testadas antes de outras opções de tratamento<sup>9</sup>; um dos métodos não invasivo, com bons resultados e o Kinesio Taping® (KT) o mesmo se caracteriza por uma fita elástica de algodão colante. Que se consolidou nos últimos 10 anos, em razão ao uso por atletas de alto perfil, incluindo voleibol, futebol e jogadores de tênis<sup>10-12</sup>. Nos últimos anos, novas aplicações surgiram no campo de neurologia, reumatologia, e na uroginecologia.<sup>13</sup>

Segundo o Dr. Kenzo Kase, o método Kinesio Taping® proporciona eficácia em aproximadamente 3 a 4 dias. Pode ser utilizado em tratamentos ortopédicos ou em condições neuromusculares, dependendo do processo da

aplicação. Existem muitas indicações propostas para o método KT, o mesmo pode ser utilizado para a normalização da função do muscular, melhorando o fluxo linfático e sanguíneo, na redução a dor, corrigi o desalinhamento das juntas e melhorar a propriocepção<sup>11</sup>. O objetivo deste trabalho é verificar a eficiência do KT no controle da deglutição de saliva e sialorréia em crianças com paralisia cerebral e logo avaliar a melhora da qualidade de vida, a motivação, e a autoestima da criança.<sup>12</sup>

## Revisão literária

Mundialmente, a prevalência de PC é de um a cinco para 1.000 nascidos vivos e é a causa mais comum de deficiência motora em crianças.<sup>4</sup> Crianças com PC manifestam vários Distúrbios do desenvolvimento e movimento da postura. A disfunção motora da PC é constantemente associado a fraqueza muscular, limitações integrando a informação sensorial recebida de vários receptores em todo o corpo, ausência de coordenação muscular e limitações de equilíbrio e controle postural.<sup>14-18</sup>

A classificação da PC se da por aspectos anatômicos e clínicos, pois existem outros meios de classificação levando em conta ao momento da lesão e a etiologia ou a sintomatologia, caracterizadas por: atáxicas, espáticas coreoatetósicas dependendo da localização e do comprometimento manifesta – se em monoplegia, hemiplegia, diplégia e tetraplegia.<sup>19</sup>

Apesar de que crianças com PC apresentam limitações neuromotoras, os procedimentos terapêuticos são dirigidos a melhorar a qualidade da resposta da informação fortalecendo o corpo para o controle funcional.<sup>16</sup>

As glândulas salivares pequenas secretam pouca saliva, entretanto, atuam na produção de uma grande quantidade de muco. Já as glândulas maiores são as grandes responsáveis pela saliva compreendendo três pares de glândulas distribuídos simetricamente em ambos os lados do rosto. As glândulas parótidas produzem mais água salivar serosa, fundamentalmente como resultado da estimulação durante as refeições.<sup>17</sup>

Existe grande dificuldade para a determinação da sialorréia. A criança não deve perceber que é observada, pois isso pode atrapalhar o desnovelar da pesquisa para o diagnostico diferencial, a mesma deve ser avaliada em momentos do seu dia-a-dia. Além disso, existe a necessidade de quantificar a frequência e a gravidade da sialorréia e logo a mensuração do seu impacto na qualidade de vida da criança, e dos seus cuidadores. A gravidade e o impacto da sialorréia podem ser avaliados por meio de métodos objetivos ou subjetivos.<sup>3</sup>

Recentemente a KT fora proposto para crianças com PC, gravação funcional. O método suporta a função articular, exercendo um efeito na função muscular, melhorando a propriocepção por normalização do tônus muscular, correção da posição inapropriado e ocasiona um efeito estimulante sobre a pele e os receptores.<sup>16</sup>

A mesma fora fabricada pelo Dr. Kenzo Kase na década de 1970 no Japão. O método Kinesio Taping® por ventura chegou ao Estados Unidos nos anos de 1990.<sup>11</sup> E ganhou reconhecimento no mundial depois de apresentar-se nos Jogos Olímpicos de 2008, realizada em Pequim, China. Segundo o Dr. Kenzo Kase, o método Kinesio Taping® oferece benefícios por vários dias,

aproximadamente de 3 a 4 dias. Podendo tratar pacientes ortopédicos ou condições neuromusculares, dependente do processo da aplicação.<sup>18</sup>

## Método

Trata-se de um relato de caso realizado com uma criança de sete anos do sexo feminino, que faz acompanhamento fisioterapêutico na Clínica Escola de uma Instituição de Ensino Superior (IES), no entorno do Distrito Federal. A responsável pela paciente assinou voluntariamente o Termo de assentimento Livre e Esclarecido (TALE), após o esclarecimento sobre os objetivos do estudo e procedimentos a serem utilizados.

A participante apresenta diagnóstico clínico de PC com diplegia espática e sialorréia crônica. Para a inclusão da paciente na pesquisa foi necessário que a mesma estivesse fazendo tratamentos fisioterapêuticos na clínica escola da IES referida. Foi mantido o tratamento que a criança estava fazendo na clínica, e apenas incluímos o método de KT no controle da sialorréia.

Para atingir os objetivos dos estudos, foi verificado a percepção da mãe ou responsável pela criança quanto ao impacto social da sialorréia e quantificado o número de toalhas / lenços utilizados durante um dia completo para a limpeza da cavidade bucal. Antes de iniciar o estudo foi preciso realizar um teste alérgico na criança, aplicando uma tira retangular de 2,0 x 2,0 da bandagem KT na região da cervical por sete dias consecutivos, onde foi constatado que a paciente não apresentou nenhuma reação alérgica.

O controle da sialorréia foi feito por protocolos utilizados em outros estudos como para verificar a gravidade e a frequência da sialorréia através de duas escalas. Na escala de frequência que é pontuada de 1 a 4 pontos, a saber: 1 ponto - não baba; 2 pontos - baba ocasionalmente; 3 pontos - baba frequentemente e 4 pontos - constantemente. Já na escala referente à gravidade há pontuação de 1 a 5 pontos, a saber: 1 ponto - normal; 2 pontos - leve; 3 pontos - moderado; 4 pontos - severo e 5 pontos - profundo. Em ambas as escalas foi explicado para a mãe e/ou responsável ponto a ponto e solicitado que o comportamento apresentado naquele momento fosse pontuado.

## Resultados

Foram realizadas 10 aplicações da bandagem Kinesio da marca Leukotape k na região da musculatura supra-hióidea (ventre anterior do músculo digástrico e músculo milo-hióideo) na criança que participava do estudo (ver figura 1). Iniciamos com a criança sentada na sua cadeira de rodas, a KT foi aplicada em tiras retangulares, no tamanho de 5,0 x 2,5, com 50% de estiramento do seu comprimento em repouso. (ver figura 2)



**Figura 1-** Criança com o uso da bandagem - vista lateral



**Figura 2-** Criança com o uso da bandagem aplicada na musculatura supra-hióidea - vista inferior.

O KT foi aplicado conforme padrão de montagem observado em outros artigos. A criança utilizou a bandagem por 5 dias com o intervalo de 2 dias de descanso. Assim, a criança permaneceu durante 60 dias com a bandagem aplicada, na região da musculatura supra-hióidea (ver figura 2)



**Figura 3-** Criança sem uso da bandagem - vista anterior



**Figura 4-** Criança sem o uso da bandagem - vista lateral.

Não foi observado nenhuma reação alérgica referente a bandagem pela criança. A criança se adaptou a colocação da fita adesiva KT, e obteve redução de 40% no volume de salivagem e logo a redução de número de toalhas usadas por dia, para a higienização bucal. No início a média de pontuação para avaliação de frequência da sialorréia foi de 4 pontos. A partir da 2ª aplicação consecutivamente a escala da pontuação obteve uma média de 3,0 pontos, a mãe também informou que houve uma redução da sialorréia após o uso da bandagem.

## Discussão

Os primeiros estudos sobre o uso da bandagem KT para melhoria das funções motoras em crianças que necessitam de neuroreabilitação foram publicados há 8 anos e relataram resultados conflitantes.<sup>19-22</sup>

A KT se caracteriza como uma fita elástica adesiva de alta viscosidade que permite que a pele respire, a mesma é resistente à água e fornece estimulação mecânica/elástica constante da pele, e seus efeitos são transmitidos aos tecidos mais profundos através de mecanorreceptores encontrados na epiderme e na derme.<sup>23</sup>

Em torno de 10% das crianças com PC vão apresentar distúrbios importantes da deglutição, caracterizados por escape extraoral de alimentos, engasgos, além da sialorréia. Outras centenas de pacientes com doenças neurológicas cursam com disfagia e disfunção oral motora da habilidade de deglutir a saliva.<sup>24</sup>

A Sialorréia que ocorre associada a doenças neurológicas, geralmente é compreendida a partir da deglutição prejudicada, em resultado da função neuromuscular prejudicada. A atividade neuromuscular da deglutição envolve a coordenação eficiente de várias estruturas, incluindo a cavidade oral, faringe, laringe e esôfago.<sup>24</sup>

A respeito do uso de toalhas para a higienização bucal durante o dia foi observado uma significativa redução logo após a aplicação da bandagem KT. A mãe também informou que quando a criança estava sem o uso da bandagem a sialorréia aumentava mais não com a mesma intensidade de antes da intervenção.

O presente estudo refere-se ao período em que a criança estava com a bandagem aplicada. Não foi feito o acompanhamento após um período de 4 semanas. Assim não podemos afirmar se os resultados se mantiveram efetivos.

Estudos referentes ao uso da bandagem elástica KT são escassos e recentes na literatura internacional por ser uma técnica inovadora. Esse trabalho é um estudo exploratório na área de Fisioterapia. Mas é muito importante a realização de outros trabalhos nessa área, especialmente com diferentes métodos de medição do escape da saliva. Esses métodos não invasivos deveriam ser atribuídos as políticas de saúde públicas com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas com PC.<sup>22-25</sup>

## Conclusão

O método KT se mostrou eficaz na melhoria da sialorréia, e logo propiciou um melhora efetiva no processo de deglutição salivar da criança com PC, o mesmo oportunizou a redução do número de toalhas de higienização utilizadas durante um dia completo, e logo proporcionou uma melhora na qualidade de vida da criança e da família, este método pode ser encarado como um importante recurso terapêutico na área da fisioterapia.

## Referência

1. Poole M, Simkiss D, Rose A, François-Xavier L. (2018) Anterior or posterior walkers for children with cerebral palsy? A systematic review, *Disability and Rehabilitation: Assistive Technology*. 2018;(13):4, 422433, DOI: [10.1080/17483107.2017.1385101](https://doi.org/10.1080/17483107.2017.1385101)
2. Williams S, Whatman C, Hume PA, Sheerin K. Kinesio Taping in Treatment and Prevention of Sports Injuries. A Meta-Analysis of the Evidence for its Effectiveness. *Sports Med*. 2012; 42(2):153-64.
3. Reddihough D, Erasmus CE, Johnson H, et al: Botulinum toxin assessment, intervention and aftercare for paediatric and adult drooling: international consensus statement. *Eur J Neurol* 2010;17(suppl 2):109-21.
4. Montgomery J, McCusker S, Lang K, Grosse S, Mace A, Lumley R, Haytham K. Managing children with sialorrhoea (drooling): Experience from the first 301 children in our saliva control clinic. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*. 2016; 85 (C): 33-39 DOI: [10.1016/j.ijporl.2016.03.010](https://doi.org/10.1016/j.ijporl.2016.03.010)
5. Araújo GJS, Simões RA, Cavalcante MLC, Moraes MRB. A aplicabilidade do recurso kinesio taping® nas lesões desportivas. *Revista Pesquisa em Fisioterapia*. 2014;4(3):189-19.
6. Osterhues DJ. The use of Kinesio Taping\_ in the management of traumatic patella dislocation. A case study. *Physiother Theory Pract*. 2004; 20:267-270.
7. Aytar A, et al. Initial effects of kinesior taping in patients with patellofemoral pain syndrome: A randomized, doubleblind study. *Isokinet Exerc Sci*. 2011; 19:135-142.
8. Campolo M, Babu J, Dmochowska K, Scariah S, Varughese J. A comparison of two taping techniques (kinesio and mcconnell) and their effect on anterior knee pain during functional activities. *Int J Sports Phys Ther*. 2013; 8(2):105-110.
9. Saavedra-Hernández M, Castro-Sánchez AM, Arroyo-Morales M, Cleland JÁ, Lara-Palomo IC, Fernandez-de-la-Penas C. Short-Term Effects of Kinesio Taping Versus Cervical Thrust Manipulation in Patients With Mechanical Neck Pain: A Randomized Clinical Trial. *J Orthop Sports Phys Ther*. 2012; 42(8):724-730.
10. Chang H, Chou KY, Lin JJ, Wang CH. Immediate effect of forearm Kinesio taping on maximal grip strength and force sense in healthy collegiate athletes. *Phys Ther Sport*. 2010; 11(4):122-127.
11. Karatas N, Bici S, Baltaci G, Caner H. The Effect of KinesioTape Application on Functional Performance in Surgeons Who have MusculoSkeletal Pain after Performing Surgery. *Turk Neurosurg*. 2012; 22(1):83-89
12. Bici S, karatas N, Baltaci GB. Effect of athletic taping and kinesiotaping® on measurements of functional performance in basketball players with chronic inversion ankle sprains. *Int J Sports Phys Ther*. 2012; 7(2):154-166
13. Wong OMH, Cheung RTH, Raymond CT. Isokinetic knee function in healthy subjects with and without Kinesio taping. *Phys Ther Sport*. 2012; 13:255-258.

14. Mostafavifar M, Wertz J, Borchers J. A Systematic Review of the Effectiveness of Kinesio Taping for Musculoskeletal Injury. *Phys Sportsmed*. 2012; 40(4):33-40.
15. Kaya E, Zinnuroglu M, Tugcu I. Kinesio taping compared to physical therapy modalities for the treatment of shoulder impingement syndrome. *Clin Rheumatol*. 2011; 30:201-207.
16. Zanchet MA, Vecchio FBD. Efeito da Kinesio Taping sobre força máxima e resistência de força em padelistas. *Fisioter. Mov*. 2013; 26(1):15- 121.
17. Fratocchi G, Di Mattia F, Rossi R, Mangone M, Santilli V, Paoloni M. Influence of Kinesio Taping applied over biceps brachii on isokinetic elbow peak torque. A placebo-controlled study in a population of young healthy subjects. *J Sci Med Sport*. 2013; 16:245-249.
18. Lee J, Yoo W. Treatment of chronic Achilles tendon pain by Kinesio taping in an amateur badminton player. *Phys Ther Sport*. 2012a; 13:115-119.
19. Akbas E, Atay AO, Yuksel, I. The effects of additional kinesio taping over exercise in the treatment of patellofemoral pain syndrome. *Acta Orthop Traumatol Turc*. 2011; 45(5):335- 341.
20. Oliveira VMA, Batista LSP, Pitangui ACR, Araújo RC. Efeito do Kinesio Taping na dor e discinesia escapular em atletas com síndrome do impacto do ombro. *Rev. dor*. 2013; 14(1):27-30.
21. Kalter J, Apeldoorn AT, Ostelo RW, Henschke N, Knol DL, van Tulder MW. Taping patients with clinical signs of subacromial impingement syndrome: the design of arandomized controlled trial. *BMC Musculoskelet Disord*. 2011; 12(188):1-8.
22. Santos CCT, Miranda CSSP, Silva KJM, et al. SCHIZENCEFALIA - A Bibliographic Review of Clinical Aspects. *J Cancer Res*. 2018; 1(2); 1-2.
23. Ferreira ACR, Santos CCT, Miranda CSSP, Silva KJM, Lopes VC, Guilherme IS. Síndrome de Prune Belly- relato de caso. *Rev. Cient. Sena Aires*. 2017; 6(2):134-7.
24. Santos CCT, Miranda CSSP, Silva KJM, Pinto MFP, Costa AS, Moraes-Filho IM. Estresse emocional em famílias de crianças com necessidades especiais-revisão Bibliográfica. *Rev Inic Cient Ext*. 2018; 1(Esp.2): 247-9.
25. Moraes-Filho IM, Carvalho-Filha FSS, Viana LMM, Guilherme IS, Guido LA. Políticas para o trabalhador em saúde, com foco na enfermagem na atenção básica. *REVISA*. 2019; 8(2):112-4.

**Autor correspondente:**

Iel Marciano de Moraes Filho  
Universidade Paulista, Departamento de Enfermagem.  
Quadra 913, s/nº - Conjunto B - Asa Sul. CEP: 70390-130.  
Brasília, Distrito Federal, Brasil.  
E-mail: [ielfilho@yahoo.com.br](mailto:ielfilho@yahoo.com.br)

# Profissionais de saúde frente ao paciente fora de possibilidade terapêutica de cura

## Health professionals facing the patient out of therapeutic possibility of cure

José Paulo da Silva<sup>1</sup>, Clara Caroline dos Santos Silva<sup>1</sup>, Jocellem Alves de Medeiros<sup>1</sup>, Maxsuel Mendonça dos Santos<sup>1</sup>, Henry Walber Dantas Viera<sup>2</sup>, José Jailson de Almeida Júnior<sup>1</sup>

### Como citar:

Silva JP, Silva CCS, Medeiros JA, Santos MM, Viera HWD, Almeida Júnior JJ. Profissionais de saúde frente ao paciente fora de possibilidade terapêutica de cura. REVISA. 2019; 8(3): 337-47. Doi: <https://doi.org/10.36239/revisa.v8.n3.p337a347>

# REVISA

1. Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi. Cruzeta, Rio Grande do Norte, Brasil.

2. Universidade Federal do Amazonas. Departamento de Enfermagem. Amazonas, Manaus, Brasil.

Recebido: 17/04/2019  
Aprovado: 19/06/2019

### RESUMO

**Objetivo:** conhecer os sentimentos, a formação e a conduta dos profissionais de saúde de nível superior diante do paciente fora de possibilidade terapêutica de cura em uma unidade hospitalar. **Método:** Trata-se de uma pesquisa qualitativa, descritiva e exploratória. Os sujeitos do estudo foram quinze profissionais de saúde: três médicos, um fisioterapeuta, um nutricionista e dez enfermeiros que faziam parte do grupo de servidores efetivos desse hospital. Os dados foram coletados por meio de entrevista semiestruturada e gravada, contendo questões abertas. **Resultados:** Após análise dos dados surgiram quatro unidades temáticas: sobre a morte e o morrer, diante do paciente fora de possibilidade terapêutica de cura, cuidados paliativos e a família, formação profissional para cuidados no fim de vida. **Conclusão:** com a pesquisa, considerou-se que a aceitação da morte está presente, entendendo como processo natural, que há falta de formação voltada para cuidados paliativos e reflexões sobre a temática da morte e que os cuidados paliativos se estendem as famílias. Destacamos a necessidade de formação concreta voltada para atender o paciente no fim da vida e discussões sobre a morte e o morrer.

**Descritores:** Morte; Morrer; Cuidados paliativos.

### ABSTRACT

**Objective:** to know the feelings, training and conduct of higher level health professionals in front of patients without therapeutic possibility of cure in a hospital unit. **Method:** It is a qualitative, descriptive and exploratory research. The study subjects were fifteen health professionals: three doctors, one physiotherapist, one nutritionist and ten nurses who were part of the group of effective employees of this hospital. Data were collected through semi-structured and recorded interviews containing open questions. **Results:** After analyzing the data, four thematic units emerged: on death and dying, in front of the patient with no therapeutic possibility of cure, palliative care and the family, professional training for end-of-life care. **Conclusion:** with the research, it was considered that the acceptance of death is present, understanding as a natural process, that there is a lack of training focused on palliative care and reflections on the theme of death and that palliative care extends to families. We emphasize the need for concrete training aimed at attending the patient at the end of life and discussions about death and dying.

**Descriptors:** Death; Die; Palliative care.

ORIGINAL

## Introdução

Desde os primórdios da humanidade, quando o homem se tornou *sapiens*, a morte constitui o evento que mais assusta a vida, do qual não possui compreensão, controle e previsibilidade. O processo de percepção acerca da morte e do morrer tem se modificado ao longo dos tempos progredindo de uma aceitação serena e natural para uma situação de tabu de sociedade.<sup>1</sup>

A vida e a morte se fazem parceiras inseparáveis e, embora o homem compartilhe com os animais o nascer, o crescer, o envelhecer e o morrer, apenas ele, dentre todos os seres vivos, é o único consciente de sua finitude. Esta consciência não é separada do mundo que o cerca, mas uma consciência que tende para o mundo.<sup>2</sup> Dessa maneira, o olhar que o homem tem do mundo é gerado pelas suas experiências através de percepções de tudo que já foi vivido, dessa forma, o homem conhece a morte sempre do outro, mesmo a vida e a morte inseparáveis, enquanto houver vida, a morte não existirá, quando a morte chegar, a vida terá que lhe dar o seu lugar.

Observando o comportamento dos homens diante da morte em outras épocas, na Idade Média para a Idade Moderna houve um certo deslocamento de foco para com a morte. Ao longo da Idade Média a morte era tida e compreendida enquanto um fenômeno surpresa, fatal e natural, que não poderia sofrer interferência, somente deveria ser aceito e compreendido. Já na Idade Moderna o foco está voltado às causas e aos motivos que levam à morte de um indivíduo e diante disto a preocupação para que a ciência atue com métodos e fórmulas para conseguir interromper e modificar o curso da morte.<sup>3</sup>

O advento das tecnologias proporciona cada vez mais melhorias no âmbito da saúde, o morrer foi se distanciando e a morte sendo cada vez mais ocultada para longe dos olhares da sociedade, sendo então transferida para os hospitais.<sup>1</sup>

A repulsa pela morte e os conhecimentos adquiridos para o seu adiamento indefinido por parte da medicina, legitimaram a passagem do quarto do moribundo da sua casa para o hospital. Esse passou a ser o templo da morte solitária. Apenas os parentes mais próximos acompanham, a uma distância segura, o findar, não raro longo e silencioso, do ente querido. Chega ao fim a morte solene e circunstanciada, em família: morre-se no hospital, símbolo da extraterritorialidade da morte. Sendo a morte considerada obscena e embaraçosa, nada pode deixar de vestígio.<sup>4-5</sup>

Assim, para superar as dificuldades encontradas no processo de terminalidade, os cuidados paliativos surgiram como uma modalidade terapêutica que tem por filosofia melhorar a qualidade de vida dos pacientes e das famílias no enfrentamento de doenças que ameaçam a vida, por meio da prevenção e do alívio dos sofrimentos físicos, psicossociais e espirituais, priorizando uma abordagem multiprofissional.<sup>6</sup>

O advento dos cuidados paliativos surgiu como novo ideário da “morte contemporânea” que é a conclusão de uma obra, de preferência bela, harmoniosa e produtiva, busca infindável de si, da totalidade, da identidade individual, devendo resultar em um final de vida digno e belo. O produto desta construção conduz à ideia de uma estetização da morte, na qual o doente se mantém tranquilo, uma vez acolhido por uma equipe que o trata de modo individualizado. Em sua singularidade, pode permanecer com suas

características físicas, com suas roupas, adereços, em um ambiente personalizado: em casa ou no quarto do *hospice* [como são denominados os estabelecimentos desse gênero], decorado segundo sua escolha. Frequentemente, à imagem da “bela morte” associa-se a ideia da “morte pacífica”, aliada à manutenção da identidade pessoal, onde a beleza está intimamente ligada às ideias de paz e harmonia. A “boa morte” é produzida por quem está morrendo e o produto deve ser belo.<sup>7</sup>

Os princípios que regem os cuidados paliativos são: reafirmar a importância da vida, considerando o morrer como um processo natural; estabelecer um cuidado que não acelere a chegada da morte, nem a prolongue com medidas desproporcionais (obstinação terapêutica); propiciar alívio da dor e de outros sintomas penosos; integrar os aspectos psicológicos e espirituais na estratégia do cuidado; oferecer um sistema de apoio para ajudar o paciente a levar uma vida tão ativa quanto lhe for possível antes que a morte sobrevenha; oferecer um sistema de apoio à família para que ela possa enfrentar a doença do paciente e sobreviver ao período de luto.<sup>8-9</sup>

Atualmente, a formação para cuidados paliativos preenche a lacuna existente entre a morte vista como o fracasso do tratamento e a morte observada sob a perspectiva de oportunizar uma assistência humanizada e de qualidade. Dessa forma, há uma harmonização entre a competência técnica da medicina com a cura e a cultura do respeito à autonomia do paciente no que se refere às suas decisões de sua saúde e de sua vida.<sup>10</sup>

É perceptível que os cuidados paliativos possuem interfaces múltiplas com outras disciplinas e com questões relacionadas à família, qualidade de vida, morte, espiritualidade, dor e mudança de atitude profissional e expandem sua abrangência para as práticas de cuidados para além da saúde do paciente. Têm como uma de suas características marcantes um encadeamento de ações, preocupações e cuidados, que traz à frente o outro que necessita de ajuda. Isso reforça sua dimensão ética para os profissionais, pois aponta para a dimensão relacional do humano. Esses cuidados também envolvem uma complexa rede de interações, que abarca diferentes formas de saberes, valores, crenças, significados e resiliência, moldando as práticas de saúde em um contexto sociocultural.<sup>11</sup>

Nesse contexto, a pesquisa justifica-se pela importância de conhecer a percepção dos profissionais da área da saúde sobre os cuidados no fim da vida, no que diz respeito a formação profissional para o enfrentamento dos desafios do cuidado ao paciente fora de possibilidade terapêutica de cura, assim como seus sentimentos, fragilidades e condutas adotadas, para então possibilitar maiores discussões sobre melhorias na prestação de tais cuidados.

Nesse sentido, o objetivo desse estudo foi conhecer a percepção e como os profissionais de saúde de uma unidade hospitalar lidam com pacientes fora de possibilidade terapêutica de cura, a morte e cuidados paliativos.

## Método

Trata-se de um estudo descritivo-exploratório com abordagem qualitativa. O fato de ser qualitativa permite descrever e interpretar de forma mais ampla, o que lhe é transmitido, não se preocupando com generalizações, princípios e leis, focando a sua atenção no específico, peculiar e individual, almejando a

compreensão e não a explicação dos fenômenos estudados.<sup>12</sup>

A coleta de dados foi realizada no Hospital Regional do Seridó - HRS, conhecido como antigo Hospital do SESP. As entrevistas foram realizadas nos meses de outubro e novembro de 2016, através de entrevista gravada, com perguntas abertas abordando os temas: morte e morrer, conhecimento sobre cuidados paliativos, formação sobre cuidados no fim de vida e possibilidade de realização de cuidados paliativos no referido hospital dentro da área de formação de cada entrevistado.

A entrevista foi realizada após abordagem direta ao profissional em momentos de pouca demanda de serviços e a partir da aceitação era apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE, após a concordância, o mesmo era assinado e dava-se início à gravação da entrevista, posteriormente transcritas para arquivo eletrônico Word e submetidas a avaliação e análise dos dados.

Foi utilizada a técnica de entrevista a qual o pesquisador busca as informações contidas nas falas dos sujeitos envolvidos na pesquisa.<sup>13</sup> A entrevista foi orientada a partir de questões norteadoras (Quadro 1). O público alvo da pesquisa eram todos os profissionais de nível superior lotados no HRS que aceitassem participar após convite. O público alvo em potencial seriam todos os profissionais lotados na unidade, num total de 32 profissionais com diversas formações na área da saúde como: médicos, psicólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas, nutricionistas e enfermeiros.

#### Quadro 1- Entrevista - perguntas da pesquisa

Entrevista - perguntas da pesquisa
1. O que você entende sobre a morte e o morrer?
2. O que você entende por cuidados paliativos?
3. Na sua formação, teve alguma disciplina, curso ou capacitação sobre cuidados no fim de vida?
4. De que forma se deu essa formação?
5. Como você se sente frente ao paciente fora de possibilidade terapêutica de cura?
6. Como você se sente diante do paciente que está morrendo e tem ordem de não reanimar?
7. No seu campo de atuação profissional é possível realizar cuidados paliativos? Sim ou não e por quê.
8. Há algo que você gostaria de falar e que eu não perguntei?

Entre os profissionais que compunham o público alvo, foram abordados 22 profissionais de diversas formações, havendo sete recusas à participação da pesquisa, sendo quatro delas por assistentes sociais, por um psicólogo e dois médicos.

Participaram do presente estudo 15 profissionais de nível superior, sendo três médicos, um fisioterapeuta, um nutricionista e dez enfermeiros com variados tempos de profissão. Esses participantes aceitaram responder as perguntas após abordagem direta.

A análise dos resultados foi feita a partir da perspectiva que estipula as diferentes fases da análise de conteúdo, tal como o inquérito sociológico ou a experimentação, organizam-se em torno de três polos cronológicos: 1) a pré-

análise; 2) a exploração do material; 3) o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação.<sup>13</sup>

Após a análise do conteúdo das entrevistas e diante dos mais diversos conteúdos descritos pelos entrevistados, partiu para a categorização das falas, reunindo-as conforme contextos apresentados, dispensando a localização da entrevista buscando uma categoria comum para as falas mais importantes iniciando assim o processo de categorização (Quadro 2). A partir da categorização é realizada uma análise dos discursos de forma mais agrupada, mais objetiva e concreta, extraindo da subjetividade das respostas transcritas os sentimentos verdadeiros e as angústias desses profissionais.

**Quadro 2-** Categorias e elementos de análise.

<b>Categoria</b>	<b>Elemento de Análise</b>
Sobre morte e o morrer	Processo natural
	Fim do ciclo da vida
Diante do paciente fora de possibilidade terapêutica cura	Prestação dos cuidados paliativos
	Não prolongar o sofrimento
	Angustia
	Impotência
Cuidados paliativos e a família	Necessidade por parte da equipe
	Apoio multiprofissional
Formação profissional para cuidados no fim de vida	Formação insuficiente
	Necessidade de formação

## Resultados

### A aceitação da morte

A morte pode ser definida como a cessação definitiva da vida. O morrer, como o intervalo entre o momento em que a doença se torna irreversível e aquele em que o indivíduo deixa de responder a qualquer medida terapêutica, progredindo inexoravelmente para a morte.<sup>15</sup>

Foram encontrados relatos de aceitação da morte como forma natural e vista como o fim de um ciclo da vida, enfatizado pelo discurso de apoio ao não prolongamento do sofrimento por meio de procedimentos desnecessários diante da iminência da morte.

*[...] com o tempo eu aprendi a aceitar isso, também que o morrer, ele é uma coisa tão natural quanto se alimentar, tão natural quanto coisa que você faz na vida, felizmente a gente morre, mas é natural, tudo que é vivo morre, nada que foi vivo até hoje teve vida eterna. (E 06)*

O sentimento de aceitação surge devido a compreensão que a morte é inevitável. Parte-se do princípio que apesar de tudo que pode ser escrito ou dito, somente o homem tem consciência de sua morte, já que todos os seres vivos possuem um ciclo vital, ontem nascemos, hoje envelhecemos, amanhã morreremos em ato consumado.<sup>16</sup>

*[...] por que a reanimação naquele momento ia apenas prolongar, ia assim de encontro ao cuidado paliativo ao invés de ofertar pra aquele paciente conforto, alívio da dor, muito pelo contrário, ia estressá-lo mais ainda, estressar o seu processo de morte, provocar nele uma dor desnecessária e, mais importante de tudo, não ia surtir nenhum efeito. ( E 01)*

É fato inquestionável que qualquer ação profissional deva ser pautada na atenção e respeito aos princípios bioéticos de beneficência, não maleficência, autonomia do paciente e justiça; além de ser coerente quanto à utilização de recursos na definição dos cuidados em saúde. As dúvidas sobre até que ponto investir no paciente persistem.<sup>17</sup>

*[...] não vai prolongar o sofrimento do paciente, a partir do momento que você reanima um paciente que não tem indicativo de reanimação você tá prolongando o sofrimento dele, então por isso que muitas vezes eu sou a favor. (E06).*

Os princípios da beneficência, não maleficência, autonomia do paciente e justiça junto com uma enorme dose de bom senso embasam as decisões desses profissionais como nesse trecho de umas das entrevistas:

*“[...] a tentativa de reanimar, você tá aumentando o sofrimento daquele paciente que vai de encontro até aos cuidados paliativos, aquela meta da gente de dar um conforto ao paciente principalmente no final da vida.” (E11).*

Os profissionais envolvidos nesse tipo de cuidado têm a difícil tarefa de decidir sobre a manutenção da vida de pacientes que já foram vencidos pela doença, onde o tratamento clínico não faz mais efeito e o organismo inteiro entra em falência, então, para a eles não resta mais nada a não ser o respeito pelo curso normal da natureza, aceitando a morte como algo inevitável e irreversível promovendo o conforto de uma morte digna.

### **Diante do paciente fora de possibilidade terapêutica de cura**

Diante do paciente fora de possibilidade terapêutica de cura clínica foi constatado os sentimentos de impotência, angústia e tristeza. Sentimento este criado pelo modelo curativista ensinado nos cursos da área da saúde, onde o sucesso da medicina é a cura completa do paciente, quando isso não é possível, fica o sentimento de fracasso da ciência, esquecendo o que a natureza em seu curso firme às vezes não aceita interferências.

*“Eu acho que como todo mundo né, a gente se sente impotente por que é um momento que você, todo seu conhecimento, tudo aquilo que você aprendeu, você não pode usar no sentido de salvar uma vida.” (E 15).*

Os profissionais de saúde no assistir ao morrer dos pacientes terminais eram conduzidos à reflexão em relação a finitude da vida humana. Apesar de

disponem de vários recursos científicos e tecnológicos que permitem o prolongamento da vida, no momento em que a morte chega percebe-se que não há o que fazer.<sup>18</sup>

## O paciente terminal e os cuidados paliativos

A morte do paciente terminal que está sob a óptica dos cuidados paliativos não é vista como fracasso terapêutico, mas sim como uma possibilidade enorme de reflexão e aprendizado para a equipe, é momento de reflexão sobre a própria finitude, é a hora de pensar no que está, de fato, se fazendo da própria existência.

*[...] paciente tal está em cuidados paliativos aí eu disse assim, ah é só cuidados paliativos depois eu prontamente já me corrigi, só não, tudo. O cuidado paliativo, o fato de você proporcionar o mínimo que seja, mínimo conforto que seja àquele que está no final da vida já é de suma importância, você está livrando ele de uma dor, de um sofrimento. (E01)*

Os cuidados paliativos não visam a cura, mas sim a promoção de qualidade de vida e conforto nos momentos finais, dessa forma, quem presta cuidados paliativos não se deparam com a iminência do fracasso ao assistir o paciente em sua terminalidade, mas sim com a infinita possibilidade de fazer valer a pena os últimos dias de vida, com vida de verdade nesses dias, não somente com presença dos sinais vitais dentro dos padrões considerados normais.

Os pacientes estarão fora de possibilidade terapêutica de cura, mas estará dentro da terapêutica dos cuidados paliativos, da assistência em outras áreas da vida, da possibilidade de encontro com o verdadeiro ser que essa pessoa foi durante toda a vida e agora se prepara para deixar de existir, para separar-se dos que gosta, daqueles que estiveram presentes no decorrer da vida e até daqueles que só estiveram juntos no decorrer da doença e do processo de morrer.

## A formação profissional para lidar com o paciente no fim da vida

A formação dos profissionais de saúde com relação a temática da morte e do morrer pelas universidades e cursos de formação foi considerada insuficiente nos achados da pesquisa. Nas falas dos entrevistados, quando perguntados sobre a formação em cuidados de fim de vida, em sua grande maioria trouxeram a afirmação da falta de tal formação, e quando houve alguma, eram restritas a uma única disciplina durante toda a graduação, geralmente vinculada a disciplina de ética e bioética, não passando de uma discussão sobre o tema.

A evidência na lacuna da formação profissional na temática da morte e do morrer. O conteúdo ensinado na graduação, não preenche de forma significativa, a necessidade do saber profissional para cuidar do ser morrendo. A morte é um fenômeno bastante complexo, com profundas implicações humanas e esse fenômeno deve ser compreendido de maneira interdisciplinar, o que comumente não ocorre na maioria dos cursos.<sup>1</sup>

*[...] é uma deficiência nossa muito grande, não só do enfermeiro não, do médico, do psicólogo, do assistente social, do fisioterapeuta, do técnico, de qualquer pessoa que “teja” na, na equipe assistencial naquele instante e se isso for levado em conta pela academia, eu acho que a gente que a gente estaria bem melhor hoje. (E07)*

Uma revisão de literatura evidenciou de modo consistente, que o assunto morte e morrer vêm sendo negligenciado nas instituições de formação, o que repercute em tensões que incidem na prática profissional. Como decorrência da falta de preparo, afloram dificuldades e sofrimentos vivenciados pelos profissionais e estudantes de enfermagem que, muitas vezes, acabam por recorrer a soluções solitárias no enfrentamento das questões mobilizadoras de inquietação. A pouca atenção conferida à temática repercute sobre a conduta adotada frente ao paciente que, por vezes, se torna fria, distante, impessoal e tecnicista.<sup>19</sup> A exposição contínua e constante ao estresse gerado pelo contato cotidiano com a morte e o morrer dos pacientes, sem que haja dispositivos protetores institucionalizados para seu alívio e elaboração, pode afetar a saúde mental dos profissionais.

### **Os cuidados paliativos e a família do paciente**

A família foi citada como parte importante a ser assistida pelos cuidados paliativos, sendo a célula principal da vida do paciente que muitas vezes tem uma visão da morte diferente da visão do paciente e não compreendem quando as possibilidades terapêuticas para a cura se esgotam. Nesse momento, a equipe multidisciplinar faz imensa diferença oferecendo apoio e prestando informações sobre o estado do paciente.

Com relação a família, a tarefa mais difícil é se fazer entender que a cura já não é mais possível e que o desejo de ter seu ente querido vivo por mais um tempo só será possível mediante medidas terapêuticas que tiram o conforto e vai de encontro aos princípios da boa morte e muitas vezes essas explicações não são dadas de forma clara pelos médicos que conduzem o tratamento, soando como um abandono do paciente no entendimento leigo dos familiares.

*“[...] ainda tem a questão familiar né, o acolhimento da família e, como profissional você fazer entender aquele processo né, pra que seja, é, seja minimizado os sofrimentos excessivos e desnecessários pra o paciente e pra família” (E 07)*

*“Eu acho que, que essa questão de cuidados paliativos, isso deve ser uma coisa muito bem conversada com a família, principalmente né, porque você chegar pra uma pessoa que tá doente e dizer que ela, que a, o paciente dela não tem mais cura é muito duro.” (E 10)*

Esse é um momento de crise para a família que pode resultar em sofrimento, dúvidas e conflitos. Está intimamente relacionada com sua preparação para enfrentar o processo de morte, a estrutura social na qual está inserida, a intensidade e a forma como tudo ocorreu.<sup>17</sup>

Prestar cuidados paliativos e assistir os pacientes em sua terminalidade vai muito além da simples presença com meios técnicos e medidas curativas, é necessário um envolvimento mais apurado da alma, a consciência que não somos eternos e sim seres para a morte. Entender que só morre quem viveu, só morre quem soube aproveitar o presente que a morte nos dá, esse presente é a vida.

## Discussão

Os sentimentos ao serem desvelados envolvem a temática da morte e morrer, enriquece e consolida o conhecimento acadêmico acerca de tal processo, permitindo que seja feita reorganização de conceitos e criando espaços para o diálogo entre o viver e o morrer.<sup>1</sup> Nesse processo de formação acadêmica faz-se necessário formar esses futuros profissionais, incentivando-os a perder o medo que sentem da morte e aprender a cuidar do ser em iminência de morte. E com esse cuidado, colher as lições que o momento proporciona para enfrentar melhor a vida.

Os profissionais de enfermagem são preparados para a assistência de tratar e curar os pacientes através do cuidado, perdendo de vista que a morte faz parte da condição humana. O cuidado e assistência são essenciais tanto no decorrer da vida, como também no momento da morte.<sup>20</sup>

É um cuidar desafiador, um desafio diário em lidar com o estado de piora do paciente, a aceitação, o medo, a ansiedade e a confiança, cuidando do paciente fora de possibilidade de cura, mas não fora de possibilidade de cuidados.<sup>20</sup>

Se mostra necessária uma reflexão sobre a temática do morrer, pois dessa forma teremos profissionais mais sensíveis às necessidades daqueles de quem cuidam e possam vir a prestar uma assistência mais humanizada. Essa reflexão deve ser reforçada na academia uma vez que, esse espaço, o aluno vivencia um processo de aprendizagem com vistas a desenvolver novos valores e conceitos sobre a vida humana em uma perspectiva bioética.<sup>1</sup>

A hospitalização em fim de vida é necessária quando é impossível para os familiares manterem, por tempo indeterminado, um doente em casa enquanto trabalham, principalmente quando a autonomia e independência do paciente estão seriamente comprometidas, quando não conseguem suportar ou assistir ao sofrimento de uma pessoa querida ou quando há necessidade de recursos especializados para manutenção da vida.<sup>21</sup> A terapêutica paliativa se inicia quando a terapêutica curativa deixa de ser o objetivo, estando associada a uma intervenção interdisciplinar que não tem o objetivo de antecipar a morte nem de prolongar a vida, estando voltada para o controle dos sintomas como dor, fadiga, dispneia e preservação da qualidade de vida do paciente e da família, para que vivam tão ativamente quanto possível essa etapa da vida.

Os cuidados ao doente em fase terminal representam um grande desafio para os profissionais que devem reconhecer que, quando as metas do curar deixam de existir, as metas do cuidar devem ser reforçadas. Desta forma, quando os conhecimentos nada mais podem fazer para salvar a pessoa do inevitável, a comunicação terapêutica (onde o toque, o olhar e a expressão corporal tornam-se mensageiros) permite ajudar a pessoa a morrer com dignidade.<sup>22</sup>

Os estudos são unânimes em apontar ausência de formação acadêmica para as classes profissionais que se inserem no ambiente ambulatorial e hospitalar, constituindo uma falha importante na educação de pessoas que se defrontaram com as condições de finitude e terminalidade em todo seu processo de trabalho.

## Considerações finais

Portanto com essa pesquisa é possível perceber uma grande deficiência no ensino e preparo dos profissionais da área da saúde para lidar com o paciente terminal e a morte. Essa temática tem sido deixada de lado em detrimento do ensino de técnicas e procedimentos para a manutenção da vida, uma característica do modelo curativista, que visa a cura acima de tudo, deixando de lado a qualidade da vida nos últimos dias antes da morte, privando esse evento de toda dignidade e emoção que merece, aceitando que a natureza possui seu próprio tempo.

Os cuidados paliativos deixaram de ser um sonho ou apenas uma nova modalidade de cuidados para se tornar uma necessidade, para que isso se efetive nos serviços de saúde é necessária uma formação de qualidade desde a graduação para que se promova dignidade no fim da vida. O paciente fora de possibilidade terapêutica de cura precisa de dignidade, respeito e apoio em todas as suas dimensões e isso só é possível se essa assistência for prestada por quem está de fato preparado para entender os limites do paciente, compreender seus medos, apoiar os que ficam.

## Referências

1. Pessoa RL. O estudo da morte na formação do enfermeiro: percepções de estudantes [dissertação]. Natal (RN): Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2012.
2. Araújo FP. O existir do homem. *Metavóia*. Julho 1998-1999; (1): 71-74.
3. Elias N. A solidão dos moribundos, seguido de envelhecer e morrer. 1 ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar editora; 2001.
4. Bellato R, Carvalho EC. O jogo existencial e a ritualização da morte. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2005; 13 (1): 99-104.
5. Medeiros LA, Lustosa MA. A difícil tarefa de falar sobre morte no hospital. *Rev. SBPH*. 2011; 14 (2): 205.
6. Cardoso DH, Viegas AC, Santos BP, Muniz RM, Schwartz E, Thofehr MB. O cuidado na terminalidade: dificuldades de uma equipe multiprofissional na atenção hospitalar. *av. enferm*. 2013; 31 (2): 84.
7. Menezes RA. Em busca da boa morte: antropologia dos cuidados paliativos. 1 ed. Rio de Janeiro: Garamond; 2004.
8. World Health Organization. Cancer control: knowledge into action: WHO guide for effective programs. *Palliative care*. 2007; 02-03.
9. Rodrigues IG. Cuidados paliativos: análise de conceito [dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Universidade de São Paulo; 2004.
10. Machado RS, Lima LAA, Silva GRF, Monteiro CFS, Rocha SS. Finitude e morte na sociedade ocidental: uma reflexão com foco nos profissionais de saúde. *Cult. Cuid*. 23 novembro de 2016; 20 (45): 91-97.

11. Bushatsky M. Paciente fora de possibilidade terapêutica: percepções de cuidadores, estudantes e profissionais de saúde da finitude e de cuidados paliativos [Tese]. Recife (PE): Universidade Federal de Pernambuco; 2010.
12. Garnica AVM. Some notes on qualitative research and phenomenology. *Interface (Botucatu)*. Agosto de 1997; 1 (1): 109-122.
13. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde. 8 ed. São Paulo: Hucitec; 2004.
14. Bardin L. Análise de conteúdo. 4 ed. Lisboa: Edições 70; 1977.
15. Morizt RD. Os profissionais de saúde diante da morte e do morrer. *Rev. bioet.(impr.)*. 2005; 13 (2): 51-63.
16. Lima JL. Morte e morrer: a importância do estudo para profissionais de enfermagem. *Professores uff*. 2004; 01-10.
17. Santana JCB, Campos ACV, Barbosa BDG, Baldessari CEF, Paula KF, Rezende MAE, Dutra BS. Cuidados paliativos aos pacientes terminais: percepção da equipe de enfermagem. *Bioethikos*. 2009; 3 (1): 77-86.
18. Maranhão JLS. O que é morte. 1 ed. São Paulo: Brasiliense; 1985.
19. Santos MA, Hormanez M. Atitude frente à morte em profissionais e estudantes de enfermagem: revisão da produção científica da última década. *Ciênc. Saúde Colet*. 2013; 18 (9): 2757-2768.
20. Silva RS, Campos AER, Pereira A. Cuidando do paciente em processo de morte na unidade de terapia intensiva. *Rev Esc Enferm USP*. Junho de 2011; 45 (3): 738-744.
21. Kruse MHL. Cuidados paliativos: uma experiência. *Revista HCPA*. 2007; 27 (2): 49-52.
22. Guedes JAD, Sardo PMG, Borenstein MS. A enfermagem nos cuidados paliativos. *Online braz. j. nurs. (online)*. 2007; 6 (2): 1-7.

**Autor de Correspondência**

José Paulo da Silva,  
Rua Antônio Hipólito de Medeiros, 197. CEP:59375-000.  
Cruzeta, Rio Grande do Norte, Brasil.  
[cbebpaulosilva@hotmail.com](mailto:cbebpaulosilva@hotmail.com)

# Práticas assistenciais no pré-parto, parto e pós-parto imediato: experiência de uma enfermeira residente em obstetrícia

## Assistant practices in immediate pre-birth, birth and post-birth: experience of an obstetric resident nurse

Raissa Simões Dias<sup>1</sup>, Henry Walber Dantas Vieira<sup>2</sup>

### Como citar:

Dias RS, Vieira HWD. Práticas assistenciais no pré-parto, parto e pós-parto imediato: experiência de uma enfermeira residente em obstetrícia. REVISA. 2019; 8(3): 348-55. Doi: <https://doi.org/10.36239/revisa.v8.n3.p348a355>

# REVISA

1. Universidade Federal do Amazonas, Hospital Universitário Getúlio Vargas. Manaus, Amazonas, Brasil.

2. Universidade Federal do Amazonas, Escola de Enfermagem de Manaus. Manaus, Amazonas, Brasil.

Recebido: 13/04/2019  
Aprovado: 17/06/2019

### RESUMO

**Objetivo:** descrever as atividades aplicadas na prática assistencial do enfermeiro residente na assistência ao pré-parto, parto e pós-parto imediato. **Métodos:** trata-se de um estudo descritivo do tipo relato de experiência, realizado durante as atividades práticas do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde e Área Profissional em Saúde - Enfermagem Obstétrica do Hospital Universitário Getúlio Vargas, da Universidade Federal do Amazonas, em uma maternidade da cidade de Manaus-AM. **Resultados:** as atividades assistenciais ao parto de risco habitual foram pautadas em evidências científicas e no que a Rede Cegonha preconiza, bem como o Ministério da Saúde no que se refere às boas práticas obstétricas. **Conclusão:** o enfermeiro residente em enfermagem obstétrica torna-se cada vez mais importante no cenário da assistência ao parto, haja vista que sua formação e sua conduta são baseadas em evidências científicas, desconstruindo o aprendizado mecanizado e engessado, tornando-a mais humanizada e voltada à devolução do protagonismo do parto à mulher.

**Descritores:** Enfermeira obstetra; Assistência ao parto; Rede cegonha; Humanização do parto.

### ABSTRACT

**Objective:** To describe the activities applied in the nursing practice of resident nurses in pre-delivery, delivery and immediate postpartum care. **Methods:** This is a descriptive study of the experience report type, carried out during the practical activities of the Multiprofessional Residency Program in Health and Professional Health Area - Obstetric Nursing at Getúlio Vargas University Hospital, Federal University of Amazonas, in a maternity ward from Manaus-AM **Results:** the care activities for the usual risk delivery were based on scientific evidence and what the Stork Network recommends, as well as the Ministry of Health regarding good obstetric practices. **Conclusion:** the resident nurse in obstetric nursing becomes increasingly important in the delivery care scenario, given that their training and conduct are based on scientific evidence, deconstructing mechanized and plastered learning, making it more humanized and focused the return of the protagonism of childbirth to women.

**Descriptors:** Obstetrical nurse; Delivery assistance; Stork network; Humanization of childbirth.

## Introdução

Algumas modificações para reverter a realidade da institucionalização da assistência ao parto foram sugeridas desde a década de 1980, pelos movimentos em prol da humanização do parto e nascimento, que lutam até hoje pela mudança da assistência ao parto hospitalar medicalizado. Sendo assim, na época, embasado pela publicação da Organização Mundial de Saúde (OMS) de 1985, que tornou legítimas as técnicas humanizadas por meio da medicina baseada em evidências, reivindicaram o uso de tecnologias adequadas ao parto e nascimento e a inclusão da enfermeira obstétrica à assistência ao parto normal. Nos anos 1990, após vigorada e legitimada a profissão da enfermagem obstétrica, o Ministério da saúde corroborou a inserção da enfermeira obstetra de forma legal nas instituições públicas na assistência ao parto, bem como o poder de lutar pela implantação de métodos humanizados, haja visto que as profissionais mencionadas tiveram sua especialidade e competência adotadas para tal.<sup>1</sup>

O enfermeiro obstétrico atua na assistência ao parto de risco habitual, seguindo os preceitos da portaria nº 1459 que institui a Rede Cegonha a garantir promoção, proteção e recuperação da saúde. Objetivando fomentar a implementação de novo modelo de atenção à saúde da mulher e a saúde da criança com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de zero a vinte quatro meses (portaria rede cegonha). Para uma assistência de melhor qualidade é necessário que o profissional se especialize, para tanto existe uma modalidade de pós-graduação *latu sensu* em forma de residência de enfermagem que consiste em garantir o acolhimento ao parto. A atuação do enfermeiro residente é importante por tornar o parto mais confortável à parturiente por abranger conhecimentos técnicos científicos.<sup>2</sup> De acordo com a organização mundial de saúde (OMS), a assistência obstétrica deve ter como objetivo a mãe e a criança saudáveis sempre, com o mínimo de intervenções relacionadas à segurança. A implantação do centro de parto normal (CPN) no Brasil ocorreu de forma mais acentuada na década de oitenta. O Brasil é conhecido mundialmente por elevadas taxas de cesarianas, principalmente em redes privadas.<sup>3</sup>

A abordagem implica que deve haver uma razão válida para se interferir no parto normal, implica ainda, em uma visão no processo de gestar e parir valorizam os aspectos sociais, culturais que permeiam este processo, os mesmos são determinantes nos papéis das mulheres e familiares. O ministério da saúde tem estimulado a atuação destes profissionais. Portarias que legitimam sua atuação no âmbito do sistema único de saúde (SUS). As práticas realizadas atualmente vêm sendo discutidas, assim como o perfil de cada profissional, sua formação e principalmente sua assistência ao parto de risco habitual, incorporando crenças, valores referenciados a qualidade, segurança e eficácia cuidados.<sup>4</sup> Analisando os métodos medicamentosos que já deveriam ser minimizados. Os enfermeiros obstetras do Brasil encontram resistência para atuação liberal e responsável, a justificativa encontrada para tal é de que não estão qualificados para esta atuação, traz insegurança à saúde da mulher e criança. Porém, a inclusão do profissional em âmbito hospitalar tem se ampliado por políticas públicas que estimulam sua atuação no parto normal.<sup>4</sup>

Este estudo tem como objetivo descrever as atividades desenvolvidas na prática assistencial do enfermeiro residente na assistência ao pré-parto, parto e pós-parto imediato, em uma maternidade da cidade de Manaus.

## **Método**

Este estudo consiste em um relato de experiência de uma residente da segunda turma do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde e de Área profissional em Saúde, eixo específico: Enfermagem Obstétrica, do Hospital Universitário Getúlio Vargas/HUGV, da Universidade Federal do Amazonas/UFAM. O cenário de estudo foi uma maternidade considerada centro de referência para o atendimento de gravidez de alto risco no estado do Amazonas, é a maior da rede estadual, com 13 anos de existência, oferece serviços essenciais e de apoio, que incluem desde Unidade de terapia Intensiva materna e neonatal até os albergues para alojar as mães de bebês que precisam de internação após o parto, também conta com um Banco de Leite e Serviço de Atendimento a Vítima de violência Sexual/SAVVIS. As clientes convidadas ao setor Centro de parto normal foram elencadas de acordo com análise de prontuário e adequação ao documento de procedimento operacional padrão/POP, desenvolvido e fornecido pela instituição. O planejamento de atividades foi traçado a partir de um instrumento de avaliação, fornecido pela coordenação do curso, no qual estavam descritas as atividades que deveriam ser realizadas pelo enfermeiro obstetra residente (EOR) em serviço, em conjunto com o POP da unidade. O programa de Enfermagem Obstétrica estabeleceu um quantitativo mínimo de 40 assistências ao parto e ao recém-nascido, como forma de registro e comprovação das mesmas, uma ficha para preenchimento de tais assistências.

## **Resultados**

A priori os dados da parturiente eram coletados e analisados conforme a mesma nos informava com o apoio do documento de procedimento operacional padrão (POP) formulado e fornecido pela instituição. As parturientes eram encaminhadas ao setor discriminado centro de parto normal, composto por três suítes de pré-parto, parto e pós-parto (PPP) comportado por um berço aquecido, sofá para o acompanhante, maca apropriada para o delineamento do parto, um box com chuveiro e outro com vaso sanitário, assim como todo e quaisquer materiais hospitalares imprescindíveis para o processo ao trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. Então as atividades assistenciais e educativas realizadas pelo EOR orientação, apoio emocional e psicológico entre outras dúvidas das parturientes, sempre voltados para o técnico científico.

A partir disto descreverei então as ações assistenciais utilizadas no referido setor na atenção ao parto normal de risco habitual. Para isto, essas ações serão divididas e destacadas em etapas.

### **Pré-Parto**

Uma vez que a paciente é internada e está em trabalho de parto ativo, as enfermeiras obstétricas que atuam no centro de parto normal (CPN), que são

duas, verificam através dos dados registrados no prontuário se a mesma possui critérios para ser encaminhada ao CPN. Nesse caso, se ela se enquadra nos critérios de permanência no CPN, ela é encaminhada para o referido setor pela enfermeiras obstetras atuantes no mesmo, juntamente com um acompanhante de sua escolha, que permanece com a cliente desde a sua entrada na unidade, até o momento da alta.

Ao adentrar no CPN, os enfermeiros esclarecem o funcionamento e a dinâmica do setor. A cliente permanece no setor mediante aceitação, se não, ela volta para o setor da admissão e aguarda sua ida para outro setor da instituição. No momento que a cliente aceita a permanência no CPN, é feita uma avaliação geral e minuciosa sobre o estado da paciente, iniciada com a manobra de *Leopold* que serve para conhecer a posição em que se encontra o feto, é realizada a ausculta dos batimentos cardíacos fetais (BCF) para verificar se o bebê está hemodinamicamente estável, mesurada a dinâmica uterina que nada mais é do que a verificação da quantidade de contrações durante o tempo de dez minutos e a duração das mesmas, tudo devidamente registrado no prontuário e no partograma, a dinâmica uterina bem como a ausculta do BCF é feito a cada hora, e por fim, o exame de toque vaginal para identificar a dilatação e também uma avaliação da bacia da paciente para identificar se há "passagem" para o bebê. Sendo este, realizado a cada duas horas para verificação da evolução da dilatação do colo uterino e descida do feto pelo canal de parto. Verifica-se também os sinais vitais da cliente que consiste em aferição do valor da pressão arterial, temperatura, batimentos cardíacos e quantidade de inspirações por minuto.

Juntamente com esse monitoramento é oferecido à parturiente, medidas de alívio da dor que fazem parte das boas práticas obstétricas, adotadas pelo ministério da saúde e instituídas pela organização mundial de saúde que são: banho morno de aspensão em pé ou sentada no banco obstétrico, exercício de relaxamento em bola suíça, redução da luz ambiente, musicoterapia de acordo com gosto da cliente, massagens relaxantes na região pélvica e linha da coluna cervical, exercícios de agachamento e deambulação, oferta de líquidos como água, sucos e chá morno. Diretamente voltados para promover alívio, conforto e redução do tempo de trabalho de parto.

O CPN é um equipamento de cuidado para a redução de cesáreas, possibilita a diminuição de intervenções desnecessárias, pode ser denominada por unidade de atendimento no parto de baixo risco ou risco habitual sem distócia. Dispõe de um conjunto de elementos destinados a receber a parturiente e seu acompanhante.<sup>5</sup>

A lei do acompanhante foi implantada em 7 de abril de 2005 nº 11.108 caracteriza-se por permitir um trabalho de parto ativo e participativo, seu uso é baseado em evidências científicas, assim, difere dos serviços tradicionais.<sup>6</sup>

A OMS desenvolveu uma categorização das ações comuns no deslocamento do parto, todas baseadas em evidências científicas listando que práticas precisam ser feitas, que foi cognominada boas práticas do parto e nascimento intitulado *Care in Normal Birth: a practical guide*.<sup>7</sup>

A Rede Cegonha tem como um dos desígnios do componente Parto e Nascimento o emprego das boas práticas obstétricas em concordância com o documento instituído pela OMS. Em junho de 2011 o Ministério da Saúde publicou a Portaria Nº 1.459, que institui no âmbito do Sistema Único de Saúde

(SUS) a Rede Cegonha, com o objetivo de certificar uma rede de cuidados humanizados para a mulher desde o planejamento reprodutivo até o puerpério e; para criança, desde o nascimento até os primeiros 24 meses de vida, em 1996.<sup>8-10</sup>

A gravidez, o parto e o nascimento são influenciados pela organização e pelas práticas dos serviços de saúde. Os acompanhamentos precoces ao pré-natal tornam o serviço mais satisfatório, claro não sendo totalmente livre de riscos.<sup>11</sup>

## **Parto**

No momento do parto a posição da paciente é de livre escolha, podendo a mesma parir de cócoras, de quatro apoios, em decúbito lateral esquerdo, decúbito dorsal e até mesmo no chuveiro durante o banho morno de aspersão.

O residente junto às enfermeiras do setor neste momento orientam quanto a existência das diferentes posições e a forma correta de onde e como aplicar a força no momento dos puxos involuntários

Grandes avanços foram realizados sobre o mecanismo do parto que são subjacentes a dor e ao seu tratamento. No trabalho do parto, a fase de dilatação centraliza a dor em vísceras, com o estímulo doloroso proveniente da distensão do segmento inferior uterino e dilatação cervical. No período expulsivo a dor tem caráter somático pela distensão e tração das estruturas pélvicas ao redor da cúpula vaginal e notadamente distensão do assoalho pélvico e períneo. O grau de dor sentido pela mulher no trabalho de parto é variável do limiar de dor de cada uma e está sujeito a influências psíquicas, temperamental, cultural, orgânica, e aos possíveis desvios dentro da normalidade. O comportamento de cada mulher no trabalho de parto nem sempre é avaliável, tendo em vista mulheres que controlam suas emoções mais facilmente. Um estudo realizado em uma maternidade pública de Florianópolis que mulheres têm grande preocupação em controlar emoções e procuram demonstrar sua dor dentro de parâmetros adequados, ou seja, não se desesperam.<sup>12</sup> Humanizar o parto torna-se assaz necessário, está entre os assuntos mais comentados no meio obstétrico, essa humanização visa promoção na assistência, respeito e atender a necessidade de cada parturiente, aceitando suas dimensões espirituais, psicológicas, e principalmente fisiológica, inserido ao serviço práticas que reduzem o desconforto emocional e físico, os residentes contribuem muito para esse acontecimento passando-lhes confiança e aconchego.<sup>4</sup>

## **Pós parto imediato**

Após o nascimento a residente sobre o olhar da enfermeira preceptora do setor, promove o contato pele a pele do recém-nascido com sua genitora, uma vez que o mesmo possui boa vitalidade para isso, bem como o aleitamento na primeira hora de vida, incentiva dessa forma o estabelecimento inicial do vínculo do binômio mãe-filho, seguindo as boas práticas obstétricas aguarda o cordão umbilical para pulsar e oferece o corte do mesmo ao acompanhante, lhe dando espaço de proferir palavras de carinho e boas vindas ao bebê, caso o mesmo queira na ocasião. O bebê permanece em contato pele a pele e a assistência procede com o secundamento da placenta, verificação e revisão do

cabal de parto, e demais procedimentos técnicos para a finalização na assistência, dentre eles a sutura de alguma laceração caso ocorra. A assistência imediata do recém-nascido é realizada após primeira hora de vida, dentre eles, mensurações, peso e demais procedimentos técnicos cabíveis. Ao final a assistência segue com o monitoramento de sinais vitais da já então puérpera, aviando algum sinal ou sintoma de formação de coágulos e alguma hemorragia nas primeiras duas horas de pós-parto.

## Conclusão

Considerando a importância de uma assistência humanizada, o residente torna-se primordial ao manejo do parto. Tendo em vista que a sua figura fortalece os colegas da classe, passando-lhes confiança em seus acompanhamentos e crescimento da autonomia conjunta que legalmente nos respaldam, retrogradas as evidências científicas, mas muitas vezes são criticadas por outros profissionais, ou seja, passam também positivamente as parturientes que são estimuladas a prestarem um trabalho de parto com mais segurança, assim demonstram maior desempenho frente aos métodos não invasivos e não farmacológicos. Algumas rotinas impossibilitam que as parturientes decidam sobre as condutas do seu próprio parto deixando ser a principal personagem deste processo. O apoio dos residentes foi altamente satisfatório para o desfecho positivo do parto humanizado, e empoderamento da mulher.

No tempo estabelecido pelo programa de residência observou-se que os residentes de enfermagem pautam as práticas em evidências científicas. O uso de soluções facilitadoras no decorrer do trabalho e manejo do parto, como o posicionamento da parturiente, entre outros fatores, como a ingestão de líquidos, chuveiro morno, execução de exercício na bola suíça, corroboraram para uma melhor assistência à mulher.

## Referências

1. Prata JA, Progiatti JM, Pereira ALF. O contexto brasileiro de inserção das enfermeiras na assistência ao parto humanizado. Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 2012 jan/mar; 20(1):105-10. Available from: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/4003/2772>
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde - 1. ed. Guia de orientações para o enfermeiro residente - Curso de Pós-Graduação (Especialização), sob a Forma de Treinamento em Serviço (Residência) para Enfermeiros (Residência em Enfermagem) Série A. Normas e Manuais Técnicos Brasília-DF. 2005 Available from: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_orientacoes\\_enfermeiros\\_residentes.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_orientacoes_enfermeiros_residentes.pdf)
3. Medina ET. Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro, Fórum Perinatal da Região Metropolitana I. Grupo de Trabalho de Enfermagem Obstétrica-GTEO, Relatório Final, Dez 2016 Available from: <http://www.saude.rj.gov.br/comum/code/MostrarArquivo.php?C=ODQ3OA%2C%2C>

4. Caus ECM, Santos EKA, Nassif AA, Monticelli M. O processo de parir assistido pela enfermeira obstétrica no contexto hospitalar: significados para as parturientes. Esc. Ana Nery (impr.) 2012 jan-mar; 16 (1): 34-40 Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452012000100005](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452012000100005)
5. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 1.459, de 24 de Janeiro de Junho de 2011. Available from: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459\\_24\\_06\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html)
6. Lei número 11.108 de 7 de Abril de 2005. Do Sistema Único de Saúde da Lei nº 8.080, Do Subsistema de Acompanhamento durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato Available from: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2005/lei/111108.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/111108.htm)
7. Organização Mundial de Saúde. Care in normal birth: a practical guide. Geneva. 1996, 53p. Available from: [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/documents/who\\_frh\\_msm\\_9624/en/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/who_frh_msm_9624/en/)
8. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 1.459, de 24 de Junho de 2011. Available from: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459\\_24\\_06\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html)
9. Brasil. Ministério da Saúde. Parto, aborto e puerpério, Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Mulher. - Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Available from: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04\\_13.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf)
10. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 569, de 01 de Junho de 2000. Available from: [http://www.saude.mg.gov.br/atos\\_normativos/legislacaosanitaria/estabelecimentosdesaude/atendimentohumanizado/Portaria\\_569.pdf](http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/legislacaosanitaria/estabelecimentosdesaude/atendimentohumanizado/Portaria_569.pdf)
11. Pedraza DF. Assistência ao pré-natal, parto e pós-parto no município de Campina grande, Paraíba. Assistência materno-infantil, Cad. Saúde Colet., 2016, Rio de Janeiro, 24 (4): 460-467 Available from: <http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v24n4/1414-462X-cadsc-24-4-460.pdf>
12. - Nilsen E, Sabatino H, Lopes HB de M. Dor e comportamento de mulheres durante o trabalho de parto e parto em diferentes posições. Rev Esc Enferm USP 2011; 45 (3) 557 - 6:5 Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342011000300002](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000300002)
13. Pereira ICA, Costa IS da, Carvalho KM de et al. Relato de experiência sobre práticas gerenciais, educativas e assistenciais para promoção e apoio à amamentação. Rev. enferm UFPE on line, Recife, 9 (supl. 6) : 8741-6, jul, 2015. Available from: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/6506/12746>
14. Almeida NAM, Medeiros M, Souza MR. Perspectivas de dor do parto normal de primigestas no período pré-natal. Texto contexto Enferm, Florianópolis, 2012 Out-Dez 21(4): 819-27 Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072012000400012](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072012000400012)

15. Reis TR, Zamberlan C, Quadro AJ de, Grasel JT, Moro AS dos S. Enfermagem obstétrica: contribuições às metas dos desenvolvimentos do milênio. Rev Gaúcha Enferm. 2015; 36 (esp): 94-101 versão on-line Português-Inglês Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v36nspe/0102-6933-rgenf-36-spe-0094.pdf>
16. Amorim T, Gualda DMR. Coadjuvantes das mudanças no contexto do ensino e da prática da enfermagem obstétrica. Rev Rene, Fortaleza, 2011 out/dez; 12(4) : 833-40 Available from: [http://www.revistarene.ufc.br/vol12n4\\_pdf/a22v12n4.pdf](http://www.revistarene.ufc.br/vol12n4_pdf/a22v12n4.pdf)
17. Sampaio MRF B, Alves VH, Bonazzi VCAM, Nery IS, Franco CS. Reflexões éticas e legais sobre a atuação da enfermeira obstétrica no parto e nascimento. Enfermagem obstétrica, Rio de Janeiro, 2014 maio/ago; 1(2) : 72-6 Available from: <http://www.enfo.com.br/ojs/index.php/EnfObst/article/view/13>
18. Cagnin ERG, Mamede MV, Mamede FV. Atenção qualificada ao trabalho de parto: um estudo descritivo. Rev enferm UFPE on line, Recife, 8 (10): 3266-74, out, 2014 Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/10056/10476>

**Autor de Correspondência**

Raíssa Simões Dias

Rua Lago Vitória, no 14, quadra 5, Conjunto Galiléia 1.

CEP: 69090-634. Cidade Nova, Manaus, Amazonas.

[dsimoesraissa@gmail.com](mailto:dsimoesraissa@gmail.com)

# Modulação da microbiota intestinal com probióticos e sua relação com a obesidade

## Modulation of intestinal microbiota with probiotics and their relationship to obesity

Deidiana Kelly Nascimento Souza Soares<sup>1</sup>

### Como citar:

Soares DKNS. Modulação da microbiota intestinal com probióticos e sua relação com a obesidade. REVISIA. 2019; 8(3): 356-66. Doi: <https://doi.org/10.36239/revisa.v8.n3.p356a366>

# REVISIA

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

Recebido: 12/04/2019  
Aprovado: 17/06/2019

### RESUMO

**Objetivo:** Avaliar os resultados a partir da modulação intestinal com probióticos no tratamento da obesidade. **Método:** Foram realizados levantamentos bibliográficos nas bases de dados PUBMED, SCIELO e LILACS, publicados de 2006 a 2018, com as palavras-chave: probióticos, microbioma gastrointestinal e obesidade. **Resultados:** Nos estudos avaliados as cepas com maior utilização em animais e humanos foram as dos gêneros *Lactobacillus* e *Bifidobacterium*. Dentre os achados, a redução do peso e massa corporal, a diminuição da circunferência da cintura, gordura corporal e visceral foram os resultados mais encontrados. **Conclusão:** Apesar dos resultados, os trabalhos ainda apresentam poucas informações sobre a quantidade de cepas administradas e tempo de tratamento para o uso em prática clínica além da limitação das pesquisas em humanos sendo necessários mais estudos para o direcionamento da utilização de probióticos no tratamento da obesidade.

**Descritores:** Probióticos; Microbioma gastrointestinal; Obesidade..

### ABSTRACT

**Objective:** To evaluate the results from intestinal modulation with probiotics in the treatment of obesity. **Method:** We carried out bibliographic surveys in the databases PUBMED, SCIELO and LILACS, published from 2006 to 2018, with the key words: probiotics, gastrointestinal microbiome and obesity. **Results:** In the evaluated studies the strains with the highest use in animals and humans were those of the genera *Lactobacillus* and *Bifidobacterium*. Among the findings, the reduction of body weight and body mass, waist circumference decrease, body fat and visceral fat were the most frequent results. **Conclusion:** Despite the results, the studies still present little information about the amount of strains administered and the time of treatment for use in clinical practice, besides the limitation of the research in humans, and further studies are necessary to guide the use of probiotics in the treatment of obesity .

**Descriptors:** Probiotics; Gastrointestinal microbiome; Obesity.

REVISÃO

## Introdução

A obesidade é uma causa presente há muitos anos, porém devido ao conhecimento de suas causas e consequências passou a ser considerada uma doença crônica não transmissível – DCNT. Calcula-se que esta doença possa ser influenciada geneticamente de 25% a 40% dos casos, porém os demais fatores advêm do estilo de vida em relação ao hábito alimentar e ao sedentarismo, sendo considerados os maiores determinantes do aumento de peso no mundo.<sup>1</sup>

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, em 2018, são necessários no mínimo 150 minutos de atividade física com intensidade moderada semanal para que indivíduos de 18 a 64 anos mantenham a saúde, contudo, estudos em regiões africanas têm mostrado que populações mantêm um índice de massa corporal- IMC com classificação eutrófica a partir de 8 horas diárias de atividades físicas, ou seja, além do recomendado.<sup>2</sup>

A partir de estudos em outras regiões do mundo e a busca da relação do ganho de peso com o estilo de vida destas populações foi possível levantar hipóteses sobre a existência de genes que facilitam o ganho de peso, conhecido como mapa genético da obesidade humana. Desta forma, sabe-se que o tecido adiposo pode produzir substâncias como as proteínas chamadas de receptores *Toll-like* (TLR) que são capazes de identificar agentes patógenos e responder de forma imunitária aos lipossacarídeos (LPS) das paredes das bactérias *gram-negativas*.<sup>3</sup>

A lipólise, decorrente do tecido adiposo, aumenta os ácidos graxos livres que se ligam ao subtipo 4 de TLR (TLR-4) estimulando resposta imune com consequente inflamação de baixo grau, que se relaciona com a resistência à insulina. Sendo que camundongos que não apresentam TLR-4 são protegidos do desenvolvimento de doenças metabólicas diante de dieta hiperlipídica.<sup>1</sup>

A microbiota intestinal vem sendo estudada em relação a sua atuação em diversas doenças metabólicas. Apesar das condutas dietéticas serem um fator importante ocasionando na melhoria e normalização da saúde intestinal e consequentemente de sua microbiota, intervenções mais direcionadas são estratégias para o estímulo do crescimento de espécies benéficas.<sup>4-6</sup>

As pesquisas com microorganismos intestinais apresentaram uma nova abordagem a partir da suplementação de probióticos (bactérias vivas que geram benefícios à saúde quando ingeridos) para a modulação intestinal, que auxilia na saúde do hospedeiro. Estudos e resultados entre animais obesos e magros podem intensificar pesquisas em busca de resultados mais satisfatórios em relação à diminuição do acúmulo de gordura corporal.<sup>7</sup>

A obesidade é uma doença inflamatória mediada pelo estresse oxidativo e agentes inflamatórios que modificam a estrutura intestinal alterando bactérias boas e aumentando bactérias obesogênicas como as *Bacteroidetes* e as *Firmicutes*, respectivamente. Assim a ação de microorganismos benéficos como os probióticos das espécies *Lactobacillus* e *Bifidobacterium* seriam importantes para a diminuição destas manifestações sistêmicas.<sup>8</sup> Devido ao progresso mundial da obesidade e suas implicações à saúde, assim como, as evidências sobre a diferença da microbiota intestinal de indivíduos eutróficos e obesos, são necessárias pesquisas a fim de promover a prevenção e tratamento desta patologia.

O objetivo deste estudo foi apresentar a partir da revisão de literatura estudos e seus resultados em relação ao consumo de probióticos e consequentemente seus efeitos no tratamento da obesidade apresentando a melhora do peso e das medidas corporais além da melhora da função intestinal de pessoas que sofrem com esta doença.

## Método

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura sobre o tema referente ao uso da modulação intestinal com probióticos em obesos compreendendo artigos científicos publicados em bases de dados indexadas e bases de textos completos no período de 2006 a 2018.

As bases utilizadas foram: *US National Library of Medicine (PUBMED)*, *Scientific Electronic Library Online (SCIELO)* e *Literatura Latino- Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS)*, incluindo artigos publicados de 2006 a 2017 utilizando-se das seguintes palavras-chave em inglês: probiotics, obesity e microbioma gastrointestinal separadas pelos boleadores "AND" e "OR" e as seguintes palavras-chave em português: probióticos, obesidade e microbiota intestinal separadas pelos boleadores "E" e "OU".

A seleção dos artigos foi a partir de seleção nas línguas: português, inglês e espanhol pesquisas com animais e humanos sendo incluídos artigos originais e metanálises de acordo com os descritos citados anteriormente, bem como o tema em questão. Foram excluídos os artigos que não apresentavam o uso de probióticos como parte do tratamento para a obesidade e/ou doenças metabólicas ou dentro do período selecionado.

## Resultados e Discussão

De acordo com os critérios citados anteriormente, foram obtidos 201 artigos provenientes dos diferentes bancos de buscas utilizados, sendo descartados 165 artigos após o uso dos filtros relativos ao período, idioma e tipo de estudo, onde foram selecionados 36 artigos elegíveis para a revisão de literatura.

Após a análise dos artigos com a apresentação dos estudos em animais e humanos, dentre os desfechos foram observadas alterações em relação a redução do índice de massa corporal (IMC), redução da circunferência da cintura e do quadril, redução do peso corporal e gordura visceral, melhora em relação à resistência a insulina como a diminuição da hiperglicemia, redução de citocinas pró- inflamatórias, alteração positiva em relação às lipoproteínas como aumento do HDL (lipoproteína de alta densidade) e diminuição do LDL (lipoproteína de densidade baixa), além da redução nos níveis de triglicerídeos e colesterol total (CT).

## A microbiota intestinal

Os microorganismos intestinais são definidos como o grupo de bactérias associadas ao ser humano. São células microbianas que mantêm uma relação simbiótica para a manutenção da saúde a partir do equilíbrio da flora intestinal.

Estima-se que exista mais de mil espécies de células microbianas que contribuem para a manutenção da saúde daqueles que as abrigam; sendo estudadas para a compreensão e tratamentos da síndrome metabólica e outras doenças.<sup>9</sup>

O estudo sobre a microbiota intestinal aconteceu a partir das evidências de seus benefícios para a saúde humana. Em 1908 Elie Metchnikoff, observou que bactérias fermentativas presentes em leites favoreciam a saúde intestinal na alteração da flora intestinal patogênica pela benéfica, o que o levou ao Prêmio Nobel no Instituto Pasteur.<sup>10</sup>

A microbiota intestinal está presente nos intestinos humanos e realiza proteção pela capacidade de bloquear as bactérias patogênicas que geram desequilíbrio no ambiente causando diversas doenças no local e sistêmica. Até o momento do nascimento o intestino é livre de bactérias, porém no nascimento propriamente de parto normal, o bebê tem seu primeiro contato com a microbiota da mãe fortalecendo este sistema na amamentação mantendo a microbiota diversificada.<sup>11</sup>

Entre os benefícios da relação microbiota-hospedeiro está a função antibacteriana, a função imunomoduladora, o metabolismo nutricional e a reestruturação da mucosa intestinal.<sup>12</sup> Outros benefícios são, o auxílio no sistema autoimune, a regulação da agregação de gordura corporal, a degradação de alimentos e a produção de vitamina K, B12, ácido fólico, biotina e ácido pantotênico.<sup>9</sup>

A microbiota intestinal tem ainda como função, a extração eficaz de energia através dos carboidratos fibrosos (amidos, oligossacarídeos e polissacarídeos), produzindo ácidos graxos de cadeia curta (AGCC) que serão transformados em energia para o hospedeiro.<sup>9</sup>

É possível que AGCC produzidos pela microbiota saudável aumentem a secreção de GLP-1 (que melhora a sensibilidade à insulina), aumentem a secreção de peptídeo YY (que induz saciedade) e diminuam a deposição de gordura no tecido adiposo. Assim, indivíduos com hábitos alimentares ruins e estilo de vida inadequados no geral, podem sofrer quadros de disbiose causando a diminuição das bactérias que produzem o AGCC aumentando as bactérias patogênicas e assim gerando um ambiente intestinal doente.<sup>13</sup>

As investigações em relação às células intestinais humanas têm demonstrado que há pelo menos 5 filos de microorganismos diferentes: os *Bacteroidetes* (gramnegativos), *Firmicutes* (gram positivas), *Proteobactérias*, *Actinobactérias* e *Verrucomicrobia*, porém os filos de *Firmicutes* e *Bacteroidetes* apresentam maior proporção no intestino humano.<sup>14</sup>

Bactérias *Firmicutes* são encontradas em maior quantidade no organismo adulto obeso e realizam a fermentação de carboidratos insolúveis- modificação de carboidratos complexos em glicose e ácidos graxos de cadeia curta, ou seja, podem aumentar o acúmulo de gordura. Os *Bacteroidetes* são encontrados em menor quantidade e utilizam os carboidratos de forma mais simples, a partir da metabolização de carboidratos insolúveis.<sup>9</sup>

A composição da microbiota intestinal pode ser alterada a partir da alimentação, da idade e da genética.<sup>15</sup> A microbiota em indivíduos saudáveis apresenta características mais resistentes que podem superar alterações fisiológicas como a senilidade. Tornando-se assim, um instrumento de diagnóstico e prevenção de doenças em diversas faixas etárias.<sup>16</sup>

## A microbiota intestinal na obesidade

A obesidade caracteriza-se por ser uma doença em que o indivíduo apresenta elevado acúmulo de gordura corporal. É atualmente uma das doenças crônicas não transmissíveis avaliadas como de maior problema da saúde pública pela Organização Mundial de Saúde apresentando elevados números de mortalidade e morbidade em todo o mundo.<sup>8</sup>

Segundo a Organização Mundial da Saúde, 2014 além da obesidade, o sobrepeso também aumenta os índices de mortalidade e morbidade em adultos e crianças, devido a associação de outras doenças como o Diabetes Mellitus, as doenças cardíacas e ainda, alguns tipos de câncer.<sup>17</sup>

Em sua diretriz a Associação Brasileira para Estudo da Obesidade e Síndrome Metabólica - ABESO apresenta como ações, após o diagnóstico, a mudança no estilo de vida com os tratamentos farmacológicos necessários, tratamentos dietéticos, terapias cognitivo-comportamentais, tratamentos cirúrgicos e ainda terapias heterodoxas e suplementos nutricionais para auxiliar a perda de peso. Práticas diferentes de diretrizes que ressaltavam a restrição calórica para a perda de 5% a 10% de perda de peso em até 6 meses, porém com consequente reganho de peso após tal período.<sup>18</sup>

Desse modo são necessárias ações complementares além das utilizadas para a condução e prevenção da obesidade. Como resposta a esta necessidade, nos últimos anos vem se estudando o vínculo entre a obesidade e a constituição da microbiota intestinal.<sup>19</sup>

Os estudos em protótipos animais demonstraram a diferença entre a microbiota intestinal de animais obesos e animais magros. O estudo de Ley et al, 2005<sup>20</sup>, ao analisar as sequências bacterianas dos genes do intestino distal de animais obesos e magros, alimentados com a mesma dieta, observaram que os animais obesos apresentaram redução de *Bacteroidetes* e maior proporção de *Firmicutes*, em relação aos ratos magros.

Em outro estudo de Ley et al, 2006<sup>21</sup> foi possível observar que o transplante da microbiota intestinal de animais obesos para magros (*germ-free*) promoveu um aumento na porcentagem corporal destes em relação ao transplante de microbiota intestinal de ratos magros para obesos, mesmo com controle alimentar em ambos os casos, além do peso inicial idêntico.

Os Lipopolissacarídeos (LPS) são glicolipídios encontrados nas membranas de bactérias gram-negativas o que pode gerar a endotoxemia, levando à respostas inflamatórias subclínicas e crônicas a partir de dietas hiperlipídicas, que proporcionam sua captação pelas vilosidades intestinais com maior facilidade. Ao atingir a corrente sanguínea o HDL (lipoproteína de alta densidade) recebe o LPS que segue o mecanismo de ser eliminado pela biliar, porém na diminuição do HDL no organismo, a proteína de ligação de LPS realiza a transferência desta substância para o LDL (lipoproteína de baixa densidade).<sup>1</sup>

De acordo com Silva Junior, et. al, 2017<sup>1</sup> o tecido adiposo tem a capacidade de produzir substâncias com ação na resposta imunológica. As proteínas de membranas receptoras Toll-like (TLR-4) são formadas devido ao excesso de gordura e ácidos graxos livres que se ligam ao subtipo 4 de TLR. Estas proteínas podem responder aos lipopolissacarídeos e iniciar a respostas imunológicas devido à ativação promovida pelo mesmo, aumentando a

expressão inflamatória no organismo obeso o que pode levar a morbidades como a obesidade ou desenvolvimento de diabetes devido a resistência insulínica.

Os estudos sobre a relação da microbiota intestinal e a obesidade ainda são limitados, porém há como resultados importantes a ação da intervenção da microbiota intestinal na quantidade de calorias ingeridas em excesso, o aumento da lipoproteína lipase (LPL) aumentando a inflamação sistêmica, a atividade elevada de lipogênese e o sistema endocarinóide (BCE) que regula processos fisiológicos em todo o organismo como a dor, o humor e o apetite.<sup>22</sup>

## O uso de probióticos na obesidade

Os probióticos são definidos pela Organização Mundial da Saúde como microorganismos vivos que conferem saúde àqueles que os consomem adequadamente. Os microorganismos para se caracterizarem em probióticos devem ser identificados pelos níveis das cepas por métodos genotípicos e fenótipos, pois há diversas cepas específicas para determinadas funções no organismo. Além disso, são necessários estudos *in vitro* com resultados eficazes em animais e humanos.<sup>23</sup>

Dentre os gêneros mais utilizados de probióticos em produtos alimentícios estão os *Lactobacillus* e *Bifidobacterium*, que a partir da atividade fermentativa geram compostos orgânicos que alteram a acidez intestinal e impossibilitam o crescimento de microorganismos patógenos<sup>12</sup>. Segundo a Organização Mundial da Saúde, 2001<sup>24</sup> para a utilização de probióticos em produtos alimentícios é necessário que o probiótico tenha resistência suficiente após a ingestão, de chegar ao intestino de maneira segura.

Para que a atividade esperada seja realizada no organismo pelo probiótico é necessário um número mínimo de cepas das bactérias, como exemplo, os *L. rhamnosus*, para o tratamento da diarreia; são necessárias 10<sup>9</sup> UFC/g das cepas para este fim.<sup>12</sup>

A ação dos probióticos está em diminuir a população de bactérias patogênicas pelo estímulo imune através da mucosa e o aumento da proporção de bactérias benéficas. Desta forma, efeitos como a diminuição da diarreia e diminuição de incidência em câncer de cólon é observado em estudos com animais sendo necessários mais estudos para o tratamento de outras doenças em humanos.<sup>25</sup>

Os probióticos são a partir de bebidas, suplementos e alimentos fermentados ao longo do tempo e seus benefícios em relação à saúde humana aumentam a atenção para o tratamento de doenças como a obesidade, devido à regulação do equilíbrio energético e concentração de gordura no organismo em animais.<sup>26</sup>

Em 2010, Kadooka et al, 2010 observaram a partir da suplementação de *Lactobacillus gasseri*, em indivíduos durante 12 semanas, a redução da gordura visceral e subcutânea, além do peso, circunferência da cintura e quadril e IMC em adultos com sobrepeso, em comparação com o grupo que apenas recebeu leite fermentado.<sup>27</sup>

Pesquisadores ao realizarem um estudo com pacientes diabéticos e com sobrepeso analisaram que o grupo que foi suplementado com probiótico (iogurte composto de *Lactobacillus acidophilus* e *Bifidobactérias*) apresentou

resultados benéficos sobre o grupo com o alimento convencional, tais como diminuição da glicose basal e hemoglobina glicada, além de glicemia de jejum.<sup>28</sup>

Os resultados de um estudo realizado apenas a partir do suplemento de BNR17 (*Lactobacillus gasseri*) em um grupo de controle com o uso de probiótico durante 12 semanas foi possível analisar a diminuição da circunferência da cintura, quadril e peso corporal, mesmo o grupo não ter alterada a mudança na dieta ou o comportamento alimentar.<sup>29</sup>

Estudo em 2013 com adultos hipertensos e com obesidade grau II, durante 3 semanas, o grupo com dieta hipocalórica e com queijo probiótico apresentou maior perda de peso corporal, diminuição de IMC e redução de triglicerídeos em comparação com o grupo com a mesma dieta, porém sem o probiótico. De acordo com os pesquisadores a dieta suplementada com o queijo probiótico pode reduzir os riscos para síndrome metabólica em pacientes hipertensos e obesos.<sup>30</sup>

Camundongos obesos suplementados com *Lactobacillus curvatus* HY7601 e *Lactobacillus plantarum* KY1032 após a intervenção tiveram melhoria em relação à massa corporal com redução do peso e índice de gordura corporal, redução dos sinalizadores de toxicidade do fígado, níveis de colesterol total, leptina e insulina, além das bactérias intestinais terem sido modificadas após o período de consumo do probiótico.<sup>31</sup>

Em estudo<sup>32</sup> constatou-se a redução de massa corporal na administração de *Bifidobacterium* CECT 7765 em camundongos com obesidade com melhora nos níveis de colesterol total, triglicerídeos e níveis de glicose plasmática, assim como marcadores pró-inflamatórios e leptina.

Os autores de uma análise observaram que a administração por sonda oral de 120 mg da levedura probiótica *Saccharomyces boulardii* reduziu a gordura corporal, assim como massa gorda e a inflamação sistêmica em ratos obesos apresentando mudanças da constituição da flora intestinal.<sup>33</sup>

Autores ao suplementar prebiótico frutooligosacarídeo (FOS) e probiótico *Bifidobacterium animalis* subsp. *Lactis* BB-12 (BB-12) em camundongos obesos propositalmente por dieta em um período de 8 semanas, observou-se que somente em relação ao probiótico houve diminuição de bactérias Firmicutes, melhorou os níveis de insulina em jejum e aumentou os níveis de peptídeo equivalente ao glucagon-2 (GLP-2), apesar de não ter ocorrido influência no peso corporal.<sup>34</sup>

Nuñez et al, 2014<sup>35</sup> ao analisarem a ação da bactéria *Lactobacillus casei* CRL 431 e o leite fermentado pela mesma bactéria durante 60 dias em ratos obesos observaram a redução do peso corporal dos níveis de colesterol total (CT), lipoproteína de baixa densidade (LDL-c), triglicerídeos e glicose. Resultados semelhantes aos encontrados em outro estudo que suplementaram os camundongos com *Lactobacillus plantarum* NS5.<sup>36</sup>

Já em outro estudo foi possível observar que ratos obesos, a partir de dieta rica em gorduras, seguida da suplementação de *Lactobacillus sakei* 0K67 em um período de mais de 4,5 semanas foi possível observar a diminuição da hiperglicemia, baixo ganho de peso e diminuição da adipogênese, além da redução de citocinas pró-inflamatórias e aumento de interleucina-10.<sup>37</sup>

Em estudo foi analisada a utilização de probiótico LPR (*Lactobacillus rhamnosus*) em duas fases (período de perda de peso e período de manutenção de peso) em grupos de mulheres. A perda de peso e massa de gordura no

grupo de mulheres com a suplementação LPR após 12 semanas foi maior do que no grupo placebo, sendo que a perda de peso na fase de manutenção de peso também foi maior nestas mulheres.<sup>38</sup>

No estudo de Gomes, 2014<sup>39</sup> ao utilizar probióticos durante um período de 8 semanas realizado com 43 mulheres com sobrepeso realizando a associação de três bactérias (*Lactobacillus acidophilus casei*; *Bifidobacterium Bifidum e Lactis*) foi observado que a suplementação auxiliou na redução da circunferência da cintura, massa corporal e lipoproteína de densidade baixa (LDL).<sup>39</sup>

Em observação avaliou-se que mulheres obesas ao serem suplementadas com formulação DUOLAC 7 probiótica constituído por 7 espécies de microorganismos do ácido láctico e bifidobactérias no período de 8 semanas, apresentaram redução do peso e porcentagem de gordura corporal, índice de massa corporal (IMC), além da diminuição da circunferência abdominal e aumento da lipoproteína de alta densidade (HDL-c).<sup>40</sup>

Brahe et al, 2015<sup>41</sup> ao suplementar as bactérias *L.paracasei* F19 em conjunto com a maltodextrina durante 6 semanas em mulheres obesas no período de pós- menopausa, não houve resultados relevantes em relação a antropometria, níveis de lipídeos, insulina e sensibilidade, ou ainda marcadores pró- inflamatórios.

## Considerações finais

Pesquisas com o objetivo de analisar as bactérias intestinais e a sua relação com a obesidade apresentam uma nova abordagem a partir da suplementação de probióticos na modulação intestinal, que geram benefícios à saúde do hospedeiro. A partir de estudos realizados em animais e humanos é possível avaliar a relação entre a manipulação de probióticos e sua ação na obesidade. Entretanto ainda são escassas e divergentes as informações sobre a quantidade das doses das cepas, tempo de tratamento, população avaliada e as formas de administração, impossibilitando condutas definidas na prática clínica.

As cepas mais utilizadas nos estudos foram os *Lactobacillus* e *Bifidobacterium*, além de outras bacterias gram- positivas. Os resultados encontrados, a partir da suplementação com os probióticos no tratamento da obesidade foram: redução do índice de massa corporal (IMC), redução da circunferência da cintura e do quadril, redução do peso corporal e gordura visceral, melhora em relação à resistência a insulina como a diminuição da hiperglicemia, redução de citocinas pró- inflamatórias, alteração positiva em relação às lipoproteínas como aumento do HDL (lipoproteína de alta densidade) e diminuição do LDL (lipoproteína de densidade baixa), além da redução nos níveis de triglicerídeos e colesterol total (CT).

Os estudos em humanos aumentaram nos últimos anos em relação aos realizados em animais, o que possibilita maiores informações sobre os resultados e as cepas específicas mais indicadas para o tratamento, sendo que a maioria dos estudos apresentaram resultados positivos sobre a administração de próbióticos na intervenção da obesidade.

Com base nestes dados, mais estudos são necessários para a determinação das bactérias mais indicadas, assim como seu período de uso e quantidades administrada, a fim de avaliar a real ação dos efeitos da

suplementação no tratamento da obesidade.

## Referências

1. Silva Junior VL, Lopes FAM, Albano RM, Souza MGC, Barbosa CML, Maranhão PA, et al. Obesity and gut microbiota: what do we know so far? *Medical Express*, 2017; 4:1-11.
2. Carvalho Filho MA, Pauli JR, Ropelle ER, Cintra DEC. Obesidade e diabetes: da origem ao caos. *Obesidade e Diabetes: Fisiopatologia e Sinalização Celular*. Sarvier Editora de Livros Médicos, 2011; 1 (8): 2-10.
3. Beutler B, Hoebe K, Du X, Ulevitch RJ. How we detect microbes and respond to them: the Toll- like receptors and their transducers. *Journal Leukoc Biol*, 2003; 74 (4): 479-485.
4. Cotillard A, Kennedy SP, Kong LC, Prifti E, Pons N, Le Chatelier E, et al. Dietary intervention impact on gut microbial gene richness. *Nature*, UK, 2013; 500 (7464): 585-588.
5. Delzenne NM, Neyrinck AM, Cani PD. Gut microbiota and metabolic disorders: How prebiotic can word? *British Journal of Nutrition*, UK, 2013; 109 (Suppl 2): 81-85.
6. Hernell O, West CE. Clinical effects of probiotics: scientific evidence from a paediatric perspective. *British Journal of Nutrition*, UK, 2013; 109 (Suppl 2): 70-75.
7. Turnbaugh PJ, Ley RE, Mahowald MA, Magrini V, Mardis ER, Gordon JI. Na obesity-associated gut microbiome with increased capacity for energy harvest. *Nature*. USA, 2006; 444: 21-28.
8. Oliveira JMS, Santos GM, Saldanha NMVP, Sousa PVL, Carvalho ACS. Efeitos de probióticos no tratamento da obesidade. *Revista Eletrônica da FAINOR: Vitória da Conquista*, 2017; 10 (2): 154-165.
9. Valero Y, Colina J, Herrera H. La microbiota intestinal y su rol en la diabetes. *Anales Venezolanos de Nutrición: Venezuela*, 2015; 28 (2): 132-144.
10. MACHOWIAK, P.A. Recycling Metchnikoff probiotics: the intestinal microbiome and the quest for long life. *Frontiers in public health*, v.1, n. 52, 2013.
11. Paixão LA, Castro FFS. A colonização da microbiota intestinal e sua influência na saúde do hospedeiro. *Ciências da Saúde*, Brasília, 2016; (1): 85-96.
12. Sturmer ES, Casasola S, Gall MC, Gall MC. A importância dos probióticos na microbiota intestinal humana. *Revista Brasileira de Nutrição Clínica: Rio grande do Sul*, 2012; 27 (4): 4-72.
13. Khan MJ, Gerasimidis K, Edwards CA, Shaikh MG. Role of gut microbiota in the aetiology of obesity: proposed mechanisms and review of the literature. *Journal of Obesity*, 2016; 8: 1-27.
14. Tremaroli V, Bäckhed F. Functional interactions between the gut microbiota and host metabolism. *Nature* 2012; 489: 242-249.
15. Wu GD. Linking Long- Term Dietary Patterns with gut microbial enterotypes. *Science*, 2011; 334 (6052):105-108.
16. Faith JJ, Guruge JL, Charbonneau M, Subramanian S, Seedorf H, Goodman AL. The long-term stability of the human gut microbiota. *Science*, 2013; 341: 6141.
17. Food and Agriculture Organization and World Health Organization. Obesity

- and overweight. Facts sheet n° 311. 2014. Disponível em <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>>. Acesso em 18 fev. 2018.
18. ABESO. Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. Diretrizes brasileiras de obesidade. São Paulo, 4º ed, 2016.
  19. Clarke SF, Murphy EF, Nilaweera K, Ross PR, Shanahan F, O'toole PW, et al. The gut microbiota and its relationship to diet and obesity: New insights. *Gut Microbes*, 2012; 3 (3): 186-202.
  20. Ley RE, Backhed F, Turnbaugh P, Lozupone CA, Cavaleiro RD, Gordon JI. Obesity alters gut microbial ecology. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America, USA*, 2005; 102 (31):11070-11075.
  21. Ley RE, Turnbaugh PJ, Klein S, Gordon JI. Microbial ecology: human gut microbes associated with obesity. *Nature London*, 2006; 444 (7114): 1022-1023.
  22. Blaut M, Klaus S. Intestinal microbiota and obesity. *Handbook of Experimental Pharmacology*, 2012; 209: 251-273.
  23. Food and Agriculture Organization and World Health Organization . Guidelines for the Evaluation of Probiotics in Food. 2002. Disponível em <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/108988/000948985.pdf?sequence=1>>. Acesso em 18 fev. 2018.
  24. Food and Agriculture Organization and World Health Organization .. Health and Nutricional Properties of Probiotics in Food including Powder Milk whit Live Lactic Acid Bacteria. 2001. Disponível em <<http://www.fao.org/3/a-a0512e.pdf>>. Acesso em 18 fev.2018.
  25. Worldgastroenterology. Guias Mundiais da WGO. 2011. Disponível em <[http://www.worldgastroenterology.org/UserFiles/file/guidelines/probiotic\\_sportuguese-2011.pdf](http://www.worldgastroenterology.org/UserFiles/file/guidelines/probiotic_sportuguese-2011.pdf)>. Acesso em 19 fev. 2018.
  26. Arora T, Anastasovska J, Gibson G, Tuohy K, Sharma R, Bell J. Effect of *Lactobacillus acidophilus* NCDC 13 supplementation on the progression of obesity in diet- induced obese mice. *British Journal of Nutrition*, 2012; 108: 1382-1389.
  27. Kadooka Y, Sato M, Ogawa A, Miyoshi, Uenishi H, Ogawa H. Effect of *Lactobacillus gasseri* SBT2055 in fermented milk on abdominal adiposity in adults in a randomised controlled trial. *British Journal of Nutrition*, 2013; 110: 1696-1703.
  28. Ejtahed HS, Mohtadi-Nia J, Homayouni-Rad A, Niafar M, Asgharijafarabadi M, Mofid V. Probiotic yogurt improves antioxidant status in type 2 diabetic patients. *Nutrition*, 2012; 28 (5): 539-543.
  29. Jung S P, Lee KM, Kang JH, Yun SI, Park HO, Moon. Effect of *Lactobacillus gasseri* BNR17 on Overweight and Obese Adults: A Randomized, Double-Blind Clinical Trial. *The Korean Journal Family Medicine*, 2013; 34: 80-89.
  30. Sharafetinov KK, Plotnikova OA, Alexeeva RI, Sentsova TB, Songiseppe Stsepetovaj, et al. Hypocaloric diet supplemented with probiotic cheese improves body mass index and blood pressure indices of obese hypertensive patients - a randomized double-blind placebo-controlled pilot study. *Nutrition Journal*, 2013;12: 138.
  31. Park DY, Ahn YT, Park SH, Huh CS Yoo SR, Yu R, et al. Supplementation of *Lactobacillus Curvatus* HY7601 and *Lactobacillus Plantarum* KY1032 in Diet-Induced Obese Mice Is Associated with Gut Microbial Changes and Reduction in Obesity. *PLOS ONE*, 2013; 8 (3).

32. Cano PG, Santacruz A, Trejo FM, Sanz Y. *Bifidobacterium* CECT 7765 improves metabolic and immunological alterations associated with obesity in high-fat-diet-fed mice. *Obesity*, USA, 2013; 21 (11): 2310- 2321.
33. Everard A, Matamoros S, Geurts L, Delminina NM, Cani PD. *Saccharomyces Boulardii* Administration Changes Gut Microbiota and Reduces Hepatic Steatosis, Low-Grade Inflammation, and Fat Mass in Obese and Type 2 Diabetic *db/db* Mice. *MBio*, USA, 2014; 5 (3).
34. Bomhof MR, Saha DC, Reid RT, Reid DT, Paul HA, Reimer RA. Combined effects of oligofructose and *Bifidobacterium animalis* on gut microbiota and glycemia in obese rats. *Obesity*, USA, 2014; 22 (3):763-771.
35. Nuñez IN, Galdeano CM, Leblanc Ade M, Perdígón G. Evaluation of immune response, microbiota, and blood markers after probiotic bacteria administration in obese mice induced by a high-fat diet. *Nutrition*, 2014; 30 (10-11): pg. 1423-1432.
36. Hu X, Wang TAO, Wei LI, Feng JIN, Wang LI. Effects of NS *Lactobacillus* strains on lipid metabolism of rats fed a high cholesterol diet. *Lipids in Health and Disease*, USA, 2013; 9.
37. Lim SM, Jeong JJ, Woo KH, Han MJ, Kim DM. *Lactobacillus sakei* OK67 ameliorates high-fat diet-induced blood glucose intolerance and obesity in mice by inhibiting gut microbiota lipopolysaccharide production and inducing colon tight junction protein expression. *Nutrition Research*, 2016; 36 (4): 337- 48.
38. Sanchez M, Darimont C, Drapeau V, Emady-Azar S, Lepage M, Rezzonico. Effect of *Lactobacillus rhamnosus* CGMCC1.3724 supplementation on weight loss and maintenance in obese men and women. *British Journal of Nutrition*, 2014;111: 1507- 1519.
39. Gomes AC. Efeito da terapia complementar com probióticos sobre a composição corporal e a atividade das enzimas antioxidantes de mulheres com excesso de peso. Sistema de Bibliotecas UFG. Dissertação (Mestrado em Nutrição e Saúde) - Universidade Federal de Goiás; 2014.
40. Lee SJ, Bose S, Seo JG, Chung YS, Lim CY, Kim H. The effects of coadministration of probiotics with herbal medicine on obesity, metabolic endotoxemia and dysbiosis: A randomized double-blind controlled clinical trial. *Clinical Nutrition*, 2014: 1-9.
41. Brahe LK, Chatelier LE, Prifti E, Pons N, Kennedy S, Faixa T, et al. Dietary Modulation of the Gut Microbiota- a Randomised Controlled Trial in Obese Postmenopausal Women. *British Journal of Nutrition*, UK, 2015; 114 (3): 406-417.

**Autor de Correspondência**

Deidiana Kelly Nascimento Souza Soares  
Quadra 20, Conjunto L, Casa 09. Paranoá. CEP: 71.572032.  
Brasília, Distrito Federal, Brasil.  
[deidiana.contato@gmail.com](mailto:deidiana.contato@gmail.com)

# Enfermagem e os cuidados com pacientes surdos no âmbito hospitalar

## Nursing and care with patients who are deaf in the hospital

Raiane Pereira Silva Cunha<sup>1</sup>, Mayara Candida Pereira<sup>2</sup>, Maria Liz Cunha de Oliveira<sup>3</sup>

### Como citar:

Cunha RPS, Pereira MC, Oliveira MLC. Enfermagem e os cuidados com pacientes surdos no âmbito hospitalar. REVISIA. 2019; 8(3): 367-77. Doi: <https://doi.org/10.36239/revisa.v8.n3.p367a377>

# REVISA

1. Universidade Paulista. Brasília, Distrito Federal, Brasil.
2. Universidade Paulista, Departamento de Enfermagem. Brasília, Distrito Federal, Brasil.
3. Universidade Católica de Brasília. Programa de Pós Graduação Stricto Sensu em Gerontologia. Brasília, Distrito Federal, Brasil.

Recebido: 12/04/2019  
Aprovado: 17/06/2019

### RESUMO

**Objetivo:** descrever as dificuldades enfrentadas por profissionais da enfermagem na assistência e comunicação com pacientes surdos em unidade hospitalar e mostrar estratégias de melhorias para comunicação. **Método:** Trata-se de um estudo de revisão de literatura, onde foi realizado um levantamento de dados eletrônicos na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) - BIREME e no Scientific Electronic Library Online - Scielo. Realizou-se a pesquisa a partir das palavras-chaves obtidas através dos DECs (descritores de assunto em ciências da saúde da BIREME): Surdez, Comunicação, Assistência, Enfermagem, Unidade de Saúde, entre o período de 2013 a 2018. **Resultados:** Diante dos artigos encontrados, pôde-se analisar que a maioria dos profissionais de enfermagem não possuem capacidade para oferecer assistência de qualidade aos pacientes surdos devido ao baixo nível de conhecimento a respeito da Libras. Notou-se que grande parte do estímulo para o aprendizado pode vir das escolas de formação acadêmica, porém, muitos dos profissionais buscam se capacitarem por meios próprios com o intuito de oferecerem melhor assistência a seus pacientes surdos. **Conclusão:** Os serviços de saúde ainda são deficitários devido baixo conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre Língua Brasileira de Sinais - Libras, baixo estímulo durante a formação acadêmica e falta de qualificações, poucos dos profissionais se encontram capacitados para atender os pacientes surdos de forma integral e de qualidade.

**Descritores:** Surdez; Comunicação; Assistência; Enfermagem; Unidade de saúde.

### ABSTRACT

**Objective:** to describe the difficulties faced by nurses in assisting and communicating with deaf patients at hospitals and to show improvement strategies for communication. **Method:** A survey of electronic data was performed on the Virtual Health Library (BVS) - BIREME and on the Scientific Electronic Library Online - Scielo. The research was carried out from the keywords obtained through DECs (subject descriptors in BIREME health sciences): Deafness, Communication, Assistance, Nursing, Health Unit, from 2013 to 2018. **Results:** With the articles found, it was possible to analyze that the majority of nurses do not have the capacity to offer quality assistance to deaf patients due to the low level of knowledge of Brazilian Sign Language - Libras. It was noticed that a great part of the learning stimulus may come from college, but many of the professionals seek to train themselves in order to offer better assistance to their deaf patients. **Conclusion:** Health services are still deficient due to the lack of knowledge of nurses about the Brazilian Sign Language - Libras, low stimulus during college and lack of qualifications. Only a few professionals are able to provide an integral and high-quality service to deaf patients.

**Descriptors:** Deafness; Communication; Assistance; Nursing; Health Unit.

REVISÃO

## Introdução

A pessoa portadora de surdez é caracterizada como aquela que, por ter perda auditiva, compreende e interage com o mundo por meio de experiências visuais, manifestando sua cultura oficialmente pelo uso da língua de sinais, e no caso do Brasil o uso da Língua Brasileira de Sinais – Libras, admitindo ser surdo e aceitando a sua cultura, conforme à lei e de acordo com o Decreto nº 5.626 de dezembro de 2005 em seu artigo 2º e parágrafo único.<sup>1</sup>

O Processo de comunicação entre enfermagem e pessoas surdas é imprescindível, pois mantém um bom convívio social, divide momentos, ideias, conhecer e receber pessoas, favorecendo troca de informações e compreensão para ambas as partes, podendo ser através da fala, gestos ou expressão facial. Quando não se tem uma boa comunicação, o atendimento não contribui para melhorias na assistência, inviabilizando a humanização.<sup>2-3</sup> Ser melhor compreendido pelas pessoas ouvintes, torna-se um desafio para as pessoas portadoras de surdez, pois a maioria dos ouvintes não sabem se comunicar em Libras. A compreensão de pacientes com deficiência auditiva pode ser limitada devido à baixa habilidade da comunidade com a Língua Brasileira de Sinais (LIBRAS). É essencial uma comunicação bem-sucedida entre paciente e profissional da saúde para favorecer um atendimento eficiente e humanizado.<sup>4-5</sup>

Enfermeiros devem ter conhecimento sobre a Libras para uma melhor assistência de saúde, conseqüentemente o surdo não precisará de intérprete, acarretando em um atendimento mais humanizado, o que caracteriza, então, a importância deste estudo.

Neste sentido, este trabalho descreve as dificuldades enfrentadas por profissionais de enfermagem para assistir e se comunicar com pacientes surdos em unidade hospitalar.

## Método

Este trabalho consiste em um estudo exploratório e descritivo, realizado por meio de uma revisão integrativa da literatura.

Quanto ao estudo bibliográfico, é uma revisão da literatura sobre as principais teorias que orientam o trabalho científico, onde foram realizadas pesquisas em periódicos, artigos científicos. Deste modo, o processo para seleção dos artigos foi elaborado com base na seguinte questão norteadora: Quais as dificuldades da enfermagem em prestar assistência e se comunicar com pacientes surdos?

Os dados foram coletados através de buscas em bases de dados virtuais em saúde especificamente na Biblioteca Virtual de Saúde – BIREME, e Scientific Electronic Library Online – Scielo. Realizou-se a pesquisa a partir das palavras-chaves, obtidas através do Descritores em Ciência Saúde DECS (descritores de assunto em ciências da saúde da BIREME): Surdez, Comunicação, Assistência, Enfermagem, Unidade de Saúde.

Os critérios de inclusão estabelecidos foram: artigos originais disponibilizados na íntegra e na forma online, dissertações e monografias, publicados na língua portuguesa, no período compreendido entre os anos de 2013 a 2018 e que tivessem relação com o tema proposto. Quanto aos critérios

de exclusão, foram artigos que não correspondiam aos objetivos do trabalho, publicações que não apresentaram relação com o conceito em foco, que não estavam disponíveis para *download* na íntegra ou em língua estrangeira e publicados em anos anteriores à 2013. Para o desenvolvimento do trabalho foi utilizado 13 artigos publicados entre os anos de 2013 a 2018.

Utilizando-se dos critérios de inclusão e exclusão, ao realizar a busca no banco de dados da Biblioteca Virtual em Saúde -BVS, aplicando o descritor Surdez, apareceram 137 publicações; ao cruzar com o descritor Comunicação, obteve-se 15; Enfermagem, obteve-se 90 publicações; Assistência apareceram 199; por sua vez, com a inserção do descritor Unidade de Saúde, obteve-se 17 publicações, totalizando 458 artigos. A busca no banco de dados da Scientific Electronic Library Online -SciELO foi obtido: aplicando o descritor Surdez, apareceram 118 publicações; ao cruzar com o descritor Comunicação, obteve-se 50 publicações; por sua vez, com a inserção do descritor Assistência 100 publicações; Enfermagem obteve-se 99 publicações; Unidade de Saúde obteve-se 97 publicações, totalizando 464 artigos, perfazendo 922 artigos encontrados nas bases de dados pesquisadas. Foram excluídos 910 artigos, por não estarem relacionados com a temática deste trabalho, ano de publicação anterior a 2013 e por não estarem disponível na forma de PDF para *download* na íntegra.

## Resultados e Discussão

A seguir será mencionado os artigos que serviram como base para construção deste estudo e para isso foi construído uma tabela para melhor compreensão. A elaboração deu-se de acordo com os artigos selecionados para realizar a discussão do tema, expondo os seguintes dados: título do artigo, autor, objetivos, metodologia, conclusão e ano de publicação. Os resultados foram interpretados e sintetizados através de uma comparação dos dados evidenciados na análise dos artigos.

**Quadro 1** - Distribuição dos artigos de acordo com o título, autores, objetivo, método, conclusão e ano de publicação.

Tipo	Título	Autor	Objetivos	Metodologia	Conclusão	Ano
Artigo	Comunicação do surdo com profissionais de saúde na busca da integralidade (6)	Lopes RM, Vianna NG, Silva EM.	Problematizar e identificar a concepção do surdo quanto à comunicação com os profissionais de saúde	Pesquisa qualitativa.	Concluiu-se a existência de barreiras para os surdos devido à dificuldade de comunicação com os profissionais de saúde e que o aprendizado de Libras pela equipe de saúde favorece o convívio profissional e paciente.	2017

Artigo	Como eu falo com você? a comunicação do enfermeiro com o usuário surdo (7).	Soares IP, Lima EMM, Santos ACM, Ferreira CB.	Descrever os saberes e as práticas de profissionais enfermeiros da atenção básica na assistência do usuário surdo.	Estudo exploratório descritivo e qualitativo.	Os sujeitos do estudo não tinham conhecimento sobre a Língua Brasileira de Sinais, ressaltaram a ausência de acompanhante como empecilho para a assistência aos usuários surdos e precisavam de outras formas para se comunicar com esses pacientes, a exemplo da escrita, com os usuários alfabetizados, e a utilização de gestos ou leitura labial.	2018
Artigo	Atenção à saúde e surdez: desafios para implantar rede de cuidados à pacientes com deficiência (8).	Nóbrega JD, Munguba MC, Pontes RJS.	Analisar cuidados de enfermagem fornecida aos pacientes surdos, que fazem uso da Libras, com base nas concepções, com vistas a considerar sobre inclusão de assistência na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência.	Estudo qualitativo.	Na possibilidade de analisar as especificidades dos cuidados aos pacientes surdos, que fazem uso da Libras, enfrentam desafios durante a assistência devido uma comunicação limitada, para que a Libras possa ser um dos meios para uma eficaz comunicação com esses indivíduos nas unidades de cuidados.	2017
Artigo	Comunicação como ferramenta essencial para os cuidados à saúde dos surdos (9).	Oliveira YCA., Celino SDM, Costa GMC.	Demonstrar como os surdos se comunicam com a enfermagem, e compreendem o significado da presença de um acompanhante interlocutor, durante assistência na rede pública de saúde.	Pesquisa qualitativa.	Os participantes ressaltaram sua preferência em serem acolhidos por profissionais que conhecessem a Libras, no sentido de estabelecer uma comunicação direta, mantendo sua privacidade e autonomia.	2015
Artigo	Libras: Como a equipe de	Machado WCA, Machado	Identificar como profissionais da equipe de	Pesquisa descritiva, exploratória	Conclui-se que é essencial a tomada de medidas efetivas para	2013

	enfermagem interage para cuidar de clientes surdos? (10)	DA, Figueiredo NMA.	enfermagem de um hospital universitário interagem para cuidar de seus pacientes surdos.	, quanti-qualitativa	que profissionais de enfermagem se comuniquem adequadamente com os clientes surdos, a começar pela oferta regular de disciplinas específicas em todos os cursos e instituições de ensino.	
Artigo	Desafios da prática de cuidados aos surdos nas unidades de saúde. (11)	Tedesco JR, Junges JR.	Identificar as dificuldades para acolher os pacientes portador de surdez nas unidades de saúde.	Pesquisa qualitativa	Profissionais buscam diferentes métodos para reparar os empecilhos da comunicação com os surdos, e que a postura dos profissionais em geral manifesta desconforto e despreparo para suprir às necessidades das pessoas com surdez.	2013
Artigo	Dificuldades de profissionais na atenção ao paciente portador de surdez severa.(12)	França EG, Pontes MA, Costa GMC, França ISX.	Investigar as necessidades de profissionais da saúde para atender pessoa com surdez severa.	Pesquisa transversal, descritivo e qualitativo.	A comunicação prejudicada constitui em dificuldades para a promover saúde e que profissionais e unidades de saúde não estão preparados para acolher e atender às necessidades do paciente com surdez severa.	2016
Artigo	Cuidado ao surdo: conexões com o Direito à Saúde.(13).	Carvalho Filha FSS, Silva SR, Lando GA.	Avaliar o cuidado a pessoa portador de surdez nas unidades de saúde na percepção do próprio usuário, analisando as interconexões com o Direito à Saúde.	Pesquisa avaliativa, descritiva, com abordagem qualitativa.	O direito à saúde torna-se fundamental, protegido pelo Estado, assegurado a todas as pessoas, inclusive os surdos, e que sua violação dá legitimidade ao Ministério Público para exigir que a assistência seja prestada nos modelos estabelecidos, além de punir civilmente o Estado quando a falta ou a atenção inadequada que resultar em dano à	2015

					saúde.	
Artigo	A Importância do ensino de Libras: Relevância para a Enfermagem.(14)	Ramos TS, Almeida MAPTA.	Analisar a importância do estudo de Libras para uma melhor capacitação profissional de saúde para atuar junto à comunidade surda.	Pesquisa qualitativa exploratória .	Garantias e direitos às pacientes surdos devem existir como forma de incluir e integrar socialmente.	2017.
Artigo	Percepção do Enfermeiro sobre a comunicação na assistência a pessoas surdas.(15)	França NGGM, Silva RG.	Pesquisar a percepção dos enfermeiros de Sete Lagoas/Minas Gerais/Brasil sobre a assistência ao paciente surdos.	Pesquisa qualitativa e descritiva.	Indica-se, portanto, a necessidade da inserção do curso de Libras na graduação, além da capacitação dos profissionais de enfermagem atuantes no mercado de trabalho.	2017
Artigo	Sentimentos da equipe de enfermagem ao atender um paciente com surdez: Desafios do cuidado.(16)	Francisqueti V, Teston EF, Costa MAR, Souza VS.	Analizar a percepção e sentimentos da enfermagem sobre as dificuldades no processo de comunicação aos pacientes surdos.	Pesquisa descritiva qualitativa.	Referem sentimentos negativos como incapacidade, impotência, insegurança, constrangimento, e apresentaram-se incapacitados para assistência, comprometendo os cuidados à saúde. Sugere-se processo permanente de qualificação dos profissionais para os surdos possam receber uma assistência de qualidade nas unidades de saúde.	2017
Artigo	A compreensão do paciente portador de surdez sobre os cuidados nas unidades	Pires HF, Almeida MAPT.	Identificar as formas de comunicação utilizadas para atender aos Surdos nas unidades de saúde, investigar como é estabelecida a	Pesquisa descritiva-exploratória com abordagem qualitativa.	Indica-se a necessidade de implantar Libras como disciplina curricular, não sendo optativa, mas obrigatória em todos os cursos de graduação de saúde. Diante de relatos	2016

	de saúde.(17)		relação entre os Surdos e os profissionais da saúde e verificar as percepções dos Surdos quanto ao acolhimento existente.		verídicos evidenciou-se que os profissionais de saúde estão despreparados para prestar cuidados aos pacientes Surdos.	
Artigo	A gênese do conceito de inclusão na educação especial. (18)	Silva DB; Mendonça AW.	Entender a transição de paradigmas da integração e inclusão.	Análise documental	Foi evidenciado hegemonia nos paradigmas na inclusão e integração, dando ênfase na globalização social.	2013

Para melhor compreensão dos artigos escolhidos e analisados para construção deste trabalho e para facilitar o entendimento, foi classificado os artigos tematicamente em duas categorias: Barreiras enfrentadas pelos profissionais de enfermagem para se comunicar com usuários surdos; Estratégia para que seja possível a comunicação entre profissional e paciente.

### **Barreiras enfrentadas pelos profissionais de enfermagem para se comunicar com pacientes surdos e estratégia para que seja possível a comunicação entre profissional e paciente surdo.**

Tendo em vista que a boa comunicação possui um forte elo entre profissional de enfermagem e paciente, esse processo deve ser ressaltado como conduta de suma importância, que fornece uma ligação onde será mantida desde a primeira consulta, à momentos que serão realizadas orientações de procedimentos.<sup>6</sup>

Evidenciou-se diante de estudos<sup>7-9</sup> que por falta de capacitação e envolvimento da maioria dos profissionais com a Língua Brasileira de Sinais - Libras, as condutas a serem tomadas para o cliente surdo não acontecem de forma eficaz, devido falta de preparação dos profissionais, *déficit* de pessoal de enfermagem capacitado para delegar função no processo de comunicação, algumas vezes pelo surdo estar sem acompanhante e não ter condições em manter um profissional intérprete para acompanhá-lo em suas consultas, ou pela ausência de recursos de trabalho que possibilite uma assistência de qualidade.<sup>7</sup>

O baixo nível de conhecimento do profissional de enfermagem em relação a Libras, gera limitação comunicacional entre ela e a Língua Portuguesa, o que dificulta os cuidados que envolve habilidades específicas voltadas aos pacientes portadores de surdez. Sendo assim, dificuldades entre surdos e ouvintes podem interferir em uma assistência qualificada e possíveis riscos assistenciais, como: má interpretação dos gestos de ambas as partes, dificuldade do surdo em implementar os cuidados propostos pelo profissional, insatisfação nos cuidados oferecido por parte do profissional e erros em diagnósticos.<sup>8</sup>

Existem diversos empecilhos para uma boa assistência, como por exemplo: má comunicação dos profissionais de enfermagem para com os surdos; falta de auxílio nos hospitais destinado às pessoas portadoras de

surdez; dificuldades em manter a privacidade do paciente, pois na maioria das vezes o profissional necessita de uma terceira pessoa para fazer tradução; mínima ênfase dos cursos de formação acadêmica quanto a obrigatoriedade do ensino em Libras, nem mesmo ações de incentivo aos futuros profissionais, uma vez que, trata-se de uma língua de nacionalidade brasileira que muitos nativos não utilizam e não sabem interpretar.

Partindo desse pressuposto, propósitos de melhorias na comunicação, se torna chave fundamental para o aumento da autonomia profissional e bom atendimento, com o intuito de suprir os anseios do paciente surdo, que muitas vezes, por despreparo profissional e material, a assistência passa a ser estabelecida através de métodos improvisados, dificultando o paciente surdo de expressar os motivos que os levaram ao serviço de saúde, com empecilho no atendimento e inaptidão no domínio da Libras, o profissional tende a desencadear sensações de apreensão e aflição, resultante de um escuta insatisfatória e insatisfação por parte do paciente surdo.<sup>9-11</sup>

Conforme análise de artigos<sup>12-13</sup>, observou-se a importância das escolas de formação profissional tornarem possível a obrigatoriedade da disciplina de Libras, a fim de fornecer conhecimentos necessários a respeito do idioma aos estudantes de enfermagem e assim desperte o interesse em aprender. Com isso, futuramente uma equipe mínima de enfermagem pode estar capacitada e estabelecer a inclusão do paciente surdo no sistema de saúde, promovendo assim um melhor convívio social e meios de inclusão.

Portanto, empecilhos relacionados aos cuidados serão minimizados e surgirão melhores possibilidades para amparo à saúde das pessoas surdas, estabelecendo acolhimento específico, onde nas consultas de enfermagem, o paciente surdo por diversas vezes é atendido por meio de gestos, escrita e ajuda mediada por familiares, o que de certa forma, subtrai a independência do paciente e autonomia do profissional de enfermagem.<sup>14</sup>

Entre as publicações analisadas<sup>11-12</sup>, constatou-se que os profissionais de enfermagem sabem da importância do processo de comunicação e que está ligada às boas condutas de assistência à saúde, embora tenham dificuldade em manter uma comunicação suficiente com as pessoas surdas, devido pouco conhecimento da Libras.<sup>11</sup>

Foram citados em artigos<sup>12-13</sup>, possíveis formas que contribuem para melhorias na comunicação ao público surdo, onde a maioria dos profissionais na ausência de acompanhante interlocutor ou profissional intérprete, fazem uso da escrita, porém, deve-se ter informações do nível de conhecimento do surdo a respeito de sua alfabetização, para que este método tenha sucesso.<sup>13</sup>

Nesse contexto, cabe ao profissional perguntar ao paciente melhores formas de manter uma comunicação durante a assistência, podendo ser através de mímicas corporal e facial, que caracteriza-se como gestos e expressões improvisados; leitura labial, método bem aceito pela maioria das pessoas surdas, para isso o profissional deve manter uma postura apropriada para que o surdo consiga fazer a leitura, onde o profissional de enfermagem deve manter contato visual, evitar olhar para os lados e movimentos que interfira na atenção do paciente portador de surdez, porém há casos de surdos que não sabem fazer leitura labial, sabendo apenas Libras.<sup>14</sup>

Entre outras formas está a datilologia, soletração do alfabeto manual, onde o profissional sabendo fazer uso deste simples método, irá simular a

escrita verbal, a diferença é que a formação das palavras será feita manualmente, para isso o enfermeiro e sua equipe precisa aprender o alfabeto manual que se torna bastante usado na Libras para soletrar nome de pessoas ou palavras que não possui sinal na linguagem dos surdos. O uso de cartilhas educativas, manuais, folders ou até mesmo cartazes, fornecem auxílio aos profissionais diante de um atendimento a pessoas surdas.<sup>15</sup>

Em vista dos argumentos apresentados, profissionais da enfermagem muitas vezes procuram por meios próprios cursos de Libras, ressaltando ser imprescindível o conhecimento da língua, para promover uma atenção direcionada ao paciente portador de surdez, pois por mais que se torne possível uma assistência mediada pelo profissional intérprete ou até mesmo familiar, a presença de uma terceira pessoa desvia as orientações, impossibilitando assim uma conduta direta ao paciente surdo, sem contar que o paciente possui individualidades que em alguns casos e situações, se sentem constrangidos em compartilhar com a pessoa que está traduzindo a consulta de enfermagem.<sup>16</sup>

Dado o exposto, é levado a acreditar que o processo de inclusão deve conciliar com a integração do cliente surdo, sendo a implementação de palestras educativas tanto voltada ao surdo, quanto aos profissionais, dando espaço para o convívio social, troca de informações, experiência e processo adaptativo entre ambas as partes na assistência de saúde. No processo de recebimento do paciente surdo, métodos que poderão melhorar a assistência, seria sinalização para os profissionais, alertando que um paciente surdo está aguardando atendimento. Para isso, a comunicação entre pessoas participantes do momento de recepcionar o cliente, deve ser mantido entre profissionais de enfermagem.<sup>17</sup>

Observa-se também, que a formação dos profissionais estimulada a ter conhecimento da Libras, contribuem para incentivo no aprendizado, como forma de melhorias e capacitação prévia, com intuito preparatório aos estudantes de enfermagem, seja eles de nível médio ou superior. Essas capacitações também devem ser implementadas nas empresas de saúde, a fim de promover educação permanente a seus colaboradores, emergencialmente em setores que mais precisam de suporte, com a presença de intérprete fornecendo capacitação.<sup>17-18</sup>

Com isso perspectivas a longo prazo podem ser geradas, baseadas em qualificações dos profissionais, auxílio do Sistema Único de Saúde - SUS, para atender os surdos de forma igualitária, trazendo benefícios não somente aos pacientes surdos, mas também para os profissionais, onde não precisaram frustrar-se, nem tão pouco serem afetados com ansiedade, por não saberem se comunicar e prestar assistência aos surdos. Assistência mais humanizada e produtiva existirá, relacionada ao respeito das individualidades do paciente com surdez, inclusão na assistência de saúde, forte ligação e cuidado direto com os pacientes será mantido e satisfação nos cuidados de enfermagem.

Fazendo uma análise geral do processo de inclusão e integração, tem-se uma visão de que não somente na área da saúde, mas também na educação, existem dificuldades em fornecer um tratamento de qualidade às pessoas com deficiência, devido baixo investimento em capacitações dos profissionais e não existência do processo de integração adequada, onde as pessoas com algum grau de deficiência não são atendidas em sua totalidade, independente de suas necessidades. O processo de inclusão existe, e de certa forma põe-se em prática, porém a integração está sendo pouco abrangente aos indivíduos que possuem

deficiência, no que se diz respeito ao atendimento com diminuição das desigualdades e igualitário.<sup>18</sup>

## Conclusão

Pode-se concluir que os serviços de saúde ainda se encontram deficitário, devido baixo conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre Língua Brasileira de Sinais – Libras, baixo estímulo durante formação acadêmica e falta de qualificações, onde poucos dos profissionais estão capacitados para atender os pacientes surdos de forma integral e de qualidade.

Estratégias como formas de melhorias existem, e que estão ligadas à melhor capacitação dos profissionais; presença de intérprete no processo de capacitação permanente dos profissionais de enfermagem nos hospitais; obrigatoriedade da matéria de Libras nas escolas de formação acadêmica; cartilhas, cartazes ou até mesmo folders educativos, para que a Libras se torne uma língua presente no ambiente de saúde, possibilitando mais contato com o idioma.

Espera-se que este estudo contribua para melhorias na assistência e que haja assistência direcionada aos pacientes surdos de forma integral, igualitária e pautada nas necessidades e limitações do paciente surdo, trazendo para eles atendimento mais próximo do mesmo cuidado destinado às pessoas que não possuem dificuldade auditiva, sem contar, que o processo de inclusão e integração será notado pela comunidade e profissionais da saúde de forma geral.

## Referências

1. Brasil. Decreto nº 5.626, de 22 Dezembro de 2005. Regulamenta a Lei nº 10.436, de 24 de abril de 2006, que dispõe sobre Língua Brasileira de Sinais - Libras, e o art. 18 da Lei nº 10.098, de 19 de Dezembro de 2000. [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2005/decreto/d5626.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/decreto/d5626.htm).
2. Oyama SMR, Barbosa FAMT, Parazzi LC. Comunicação do enfermeiro docente na assistência a pessoas surdas e cegas. *CuidArte Enfermagem* 2017; 11(1): 78-85.
3. Magrini AM, Santos TMM. Comunicação entre funcionários de uma unidade de saúde e pacientes surdos: um problema?. *Distúrb Comun.* 2014; 26 (3): 550-558.
4. Monteiro, R, Silva, DNH, Ratner, C. Surdez e diagnóstico: narrativas de surdos adultos. *Psicologia: teoria e pesquisa.* 2013; 32 (esp): 1-7.
5. Nascimento GB, Fortes LO, Kessler TM. Estratégias de comunicação como dispositivo para o atendimento humanizado em saúde da pessoa surda. *Saúde Santa Maria.* 2015; 41 (2): 241-250.
6. Lopes RM, Vianna NG, Silva EM. Comunicação do surdo com profissionais de saúde na busca da integralidade. *Revista Saúde e Pesquisa.* 2017; 10 (2): 213-221.
7. Soares IP, Lima EMM, Santos ACM, Ferreira CB. Como eu falo com você? a comunicação do enfermeiro com o usuário surdo. *Revista baiana enfermagem.*

2015; 25 (1): 307-320.

8. Nóbrega JD, Munguba MC, Pontes RJS. Atenção à saúde e surdez: desafios para implantação da rede de cuidados à pessoa com deficiência. *Revista Brasileira Promoção Saúde*. 2017; 30 (3): 1-10.

9. Oliveira YCA, Celino SDM, Costa GMC. Comunicação como ferramenta essencial para assistência à saúde dos surdos. *Revista de Saúde Coletiva*. 2015; 25 (1): 307-320.

10. Machado WCA, Machado DA, Figueiredo NMA. Língua de Sinais: como a equipe de enfermagem interage para cuidar de clientes surdos?. *Fundam. care. online*. 2013; 5(3):283-292.

11. Tedesco JR, Junges JR. Desafios da prática do acolhimento de surdos na atenção primária. *Cad. Saúde Pública*. 2013; 29 (8):1685-1689.

12. França EG, Pontes MA, Costa GMC, França ISX. Dificuldades de profissionais na atenção à saúde da pessoa com surdez severa. *Ciencia y enfermeira XXII*. 2016; 3: 107-116.

13. Carvalho Filha FSS, Silva SR, Lando GA. Cuidado ao surdo: conexões com o Direito à Saúde. *Portuguese ReOnFacema*. 2015; 1(1): 31-38.

14. Ramos TS, Almeida MAPTA. A Importância do ensino de Libras: Relevância para Profissionais de Saúde. *Id on Line Revista Multidisciplinar e de Psicologia*. 2017; 10 (33): 116-126.

15. França NGGM, Silva RG. Percepção do Enfermeiro sobre a comunicação no atendimento à pessoa com deficiência auditiva. 2017.

16. Francisqueti V, Teston EF, Costa MAR, Souza VS. Sentimentos da equipe de enfermagem ao atender um paciente com deficiência auditiva: Desafios do cuidado. *Revista educação, arte e inclusão*. 2017; 23 (3): 31-48.

17. Pires HF, Almeida MAPT. A percepção do surdo sobre o atendimento nos serviços de saúde. *Revista Enfermagem Contemporânea*. 2016; 5(1):68-77.

18. Silva DB; Mendonça AW. A gênese do conceito de inclusão na educação especial. 2013.

**Autor de Correspondência**

Mayara Candida Pereira

Universidade Paulista

SGAS 913 s/n conjunto B. Asa sul. CEP: 70390-130.

Brasília, Distrito Federal, Brasil.

[enfamayara@gmail.com](mailto:enfamayara@gmail.com)