BIOÉTICA E SAÚDE PÚBLICA

GUILHERME BARROSO L. DE FREITAS

1ª edição
Volume 1

EDITORA PASTEUR

BIOÉTICA E SAÚDE PÚBLICA

GUILHERME BARROSO L. DE FREITAS

1ª edição
Volume 1

EDITORA
PASTEUR

2020 by Editora Pasteur
Copyright © Editora Pasteur
Copyright do Texto © 2020 Os Autores
Copyright da Edição © 2020 Editora Pasteur
Editor Chefe: Prof Dr Guilherme Barroso Langoni de Freitas
Coordenadores de Edição e Revisão: Durinézio J. De Almeida & Guilherme A. G. Martins
Diagramação: Editora Pasteur
Edição de Arte: Editora Pasteur
Revisão: Corpo Editorial da Editora Pasteur e Autores

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Editora Pasteur, PR, Brasil)

FR862c FREITAS, Guilherme Barroso Langoni de.
Bioética e Saúde Pública / Guilherme Barroso Langoni de Freitas. 1. ed. 1. Vol. - Irati: Pasteur, 2020.
1 livro digital; 503 p.; il.

Modo de acesso: Internet
https://doi.org/10.29327/514922
ISBN: 978-65-86700-02-2,

1. Saúde Pública 2. Bioética 3. Saúde I. Título.

CDD 610
CDU 601/618

APRESENTAÇÃO

Saúde Pública e Bioética são ciências empregadas para proteger e melhorar a saúde das pessoas e de suas comunidades. O tamanho das comunidades pode ser restrito a uma vizinhança ou de abrangência continental, até mesmo mundial. Problemas com tamanha circunscrição são discutidos e solucionados por profissionais de saúde pública, com objetivo de prevenir a ocorrência e repetição de problemas através da implementação de programas educacionais, recomendação de políticas, administração de serviços e realização de pesquisas. Saúde Pública e Bioética são áreas complementares consideradas inter-, trans-, multidisciplinar. Uma grande parte dessas duas ciências está promovendo a equidade, a qualidade e a acessibilidade em saúde. Portanto, a redação deste livro destina-se a todos os profissionais, pesquisadores, acadêmicos e interessados em saúde pública e bioética. O e-book possui estudos de aspectos variados da Saúde Pública e Bioética, e.g. avaliações de necessidade ou impacto, proteção da saúde, incluindo controle de doenças transmissíveis, promoção da saúde e prevenção de doenças, direito e ética em saúde pública e políticas públicas de saúde. Leia sem moderação!

SUMÁRIO

Capítulo 1

EXTRATO DO CHÁ VERDE (CAMELLIA SINENSIS L.) NO TRATAMENTO DA OBESIDADE 1

Capítulo 2

FATORES DE RISCO PARA MORTALIDADE NEONATAL EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA 14

Capítulo 3

TERMINAL IDOSO E O PRINCÍPIO DA AUTONOMIA NOS CUIDADOS PALIATIVOS 31

Capítulo 4

REPERCUSSÕES PSICOSSOCIAIS DE IDOSOS ABANDONADOS POR FAMILIARES EM UMA INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA 48

Capítulo 5

ENDOMETRIOSE E INFERTILIDADE SINAIS E SINTOMAS PARA O DIAGNÓSTICO: REVISÃO NARRATIVA 61

Capítulo 6

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO CONTROLE DA DOR EM PACIENTES ONCOGERIÁTRICOS 68

Capítulo 7

ÉTICA E CIDADANIA NA SAÚDE 82

Capítulo 8

FARMACODERMIA POR CIPERMETRINA EM CÃO - RELATO DE CASO 94

Capítulo 9

A TEORIA AMBIENTALISTA NO CONTEXTO INTERDISCIPLINAR EM TEMPOS DE COVID-19 103

Capítulo 10

A IMPORTÂNCIA DA ATIVIDADE FÍSICA NA TERCEIRA IDADE: REVISÃO INTEGRATIVA 110

Capítulo 11

AFETAÇÕES DO ESTUDANTE DE MEDICINA DIANTE DO PRIMEIRO CONTATO COM OS PACIENTES 123

Capítulo 12

PERFIL DOS CASOS DE CÂNCER DE PRÓSTATA NOTIFICADOS NO ESTADO DO PIAUÍ ENTRE 2015 E 2019 137

Capítulo 13

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS CASOS NOTIFICADOS DE HEPATITE B NO ESTADO DO PIAUÍ ENTRE 2015 E 2018 145

Capítulo 14

CARACTERIZAÇÃO DE CASOS DE SÍFILIS COM ÊNFASE NA SÍFILIS GESTACIONAL: UM ESTUDO DE REVISÃO BIBLIOGRÁFICA 152

Capítulo 15

GENÉTICA FORENSE: A CONTRIBUIÇÃO DO USO DE REPETIÇÕES DE MICROSSATÉLITES Y (Y-STRS) NA IDENTIFICAÇÃO DE INFRATORES EM CASOS DE VIOLÊNCIA SEXUAL 165

Capítulo 16

A IMPORTÂNCIA DA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA NA FORMAÇÃO DE RESIDENTE EM SAÚDE DA FAMÍLIA 174

Capítulo 17

BIOÉTICA NO ENFRENTAMENTO DA SAÚDE MENTAL 179

Capítulo 18

OCORRÊNCIA DE TRANSTORNOS ALIMENTARES EM USUÁRIOS DA SAÚDE MENTAL 186

Capítulo 19

BIOÉTICA NA ATENÇÃO BÁSICA: PROBLEMAS VIVENCIADOS PELOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE NO BRASIL..... 201

Capítulo 20

ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DA SÍFILIS CONGÊNITA EM UMA MATERNIDADE DE REFERÊNCIA ESTADUAL 212

Capítulo 21

ACIDENTES NO TRABALHO: A IMPORTÂNCIA DE UM GESTOR NA REALIDADE DE PARNAÍBA-PI 224

Capítulo 22

A ATUAÇÃO PROFISSIONAL DO PSICÓLOGO NAS POLÍTICAS PÚBLICAS: RELATO DE VIVÊNCIAS INSTITUCIONAIS 235

Capítulo 23

AÇÃO EM SAÚDE EDUCATIVA PARA GESTANTES ADOLESCENTES: POR UM SUS MELHOR 243

Capítulo 24

ATUAÇÃO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL EM UNIDADES DE EMERGÊNCIA DIANTE DA PANDEMIA DO COVID-19 252

Capítulo 25

PROJETO PIAUÍ PRAIA ACESSÍVEL NA PRAIA DE ATALAIA, NO MUNICÍPIO DE LUÍS CORREIA – PI: RELATO DE EXPERIÊNCIA 258

Capítulo 26

CUIDADOS EM TEMPOS DE PANDEMIA DO NOVO COVID-19 COM NEONATOS- RELATO DE EXPERIÊNCIA 262

Capítulo 27

DIAGNÓSTICOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NA SAÚDE DA MULHER 266

Capítulo 28

ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO E O PAPEL DO ENFERMEIRO NA SUA ADESÃO 282

Capítulo 29

FATORES ASSOCIADOS AO DESCUMPRIMENTO DO CALENDÁRIO VACINAL DE CRIANÇAS ATÉ 05 ANOS 291

Capítulo 30

DIFICULDADES ENFRENTADAS PELOS ENFERMEIROS DURANTE O PRÉ-NATAL FRENTE AO ESCLARECIMENTO DAS VIAS DE PARTO 310

Capítulo 31

FATORES DETERMINANTES DO ESTRESSE OCUPACIONAL EM PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM REVISÃO INTEGRATIVA 318

Capítulo 32

A IMPORTÂNCIA DA SEXUALIDADE NA QUALIDADE DE VIDA DO IDOSO 332

Capítulo 33

PROTOCOLOS DE COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS EM SAÚDE: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA 345

Capítulo 34

MORTALIDADE POR CAUSAS EXTERNAS EM UMA CIDADE DO CENTRO SUL PIAUIENSE 355

Capítulo 35

ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO AO SUICÍDIO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE 367

Capítulo 36

A AUTONOMIA DO ADOLESCENTE COM ENFERMIDADE ONCOLÓGICA E O RESPEITO A SUA MANIFESTAÇÃO ANTECIPADA DE VONTADE 379

Capítulo 37

POLÍTICAS PÚBLICAS NO BRASIL E A SAÚDE DO TRABALHADOR 400

Capítulo 38

TOMADA DE DECISÃO EM CONTEXTO DE PANDEMIA: REFLEXÕES SOBRE A IMPORTÂNCIA DA BIOÉTICA COMO NORTEADORA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE 413

Capítulo 39

A ESCOLHA DA GESTANTE SOBRE O TIPO DE PARTO 431

Capítulo 40

O REFLEXO DAS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS NA SAÚDE MENTAL DE PESSOAS IDOSAS 449

Capítulo 41

GESTÃO DA RADIOPROTEÇÃO NO CONTEXTO DA QUALIDADE HOSPITALAR NO SUS 458

Capítulo 42

DESENVOLVIMENTO DE NOVOS MEDICAMENTOS: DA ESCOLHA DO ALVO TERAPÊUTICO AO SEU LANÇAMENTO NO MERCADO 473

Capítulo 43

PERSPECTIVAS NO PROCESSO DE INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIAS NO BRASIL: UM OLHAR CRÍTICO 490

Capítulo 1

EXTRATO DO CHÁ VERDE (*CAMELLIA SINENSIS L.*) NO TRATAMENTO DA OBESIDADE

Neusa C C A Oliveira[1], Jussilene A Amorim[2], Juliane M dos Santos[1], Suelen R Barbosa[2], Mireli S Oliveira[2], Viviane P Brito[2], Jamielli D B Silva[3], Laiane M F Gentil[3], Mirella R F S Santos[3], Danyele H da Silva[4], Francisco E C Soares[5], Edenilson de Sousa[6], Juliana S Melo[7], Larissa Cristina Fontenelle[8]

[1] Bacharel em Nutrição, Centro Universitário Uninassau, Teresina/PI.
[2] Pós-graduanda em Prescrição de Fitoterápicos na Prática Clínica, UniEducacional, Teresina/PI.
[3] Graduanda em Nutrição, Centro Universitário Uninassau, Teresina/PI.
[4] Graduanda em Fisioterapia, Centro Universitário Uninassau, Teresina/PI.
[5] Bacharel em Educação Física, Centro Universitário Uninassau, Teresina/PI, Membro do grupo de Imumetabolismo do Músculo Esquelético e Exercício (GIMMEE).
[6] Licenciatura em Biologia, Universidade Federal do Piauí-UFPI, Floriano/PI.
[7] Pós-graduada em Nutrição Clínica, Estácio de Sá, Teresina/PI.
[8] Mestre em Alimentos e Nutrição, Universidade Federal do Piauí-UFPI, Teresina/PI.

Palavras-chave: *Camellia sinensis l.; chá verde; obesidade.*

1. INTRODUÇÃO

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT's) são um dos maiores problemas de saúde pública na atualidade, responsáveis por 71% de um total de 57 milhões de mortes ocorridas no mundo em 2016, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2018). Nesse sentido, a obesidade destaca-se como uma das DCNT's mais prevalentes no âmbito mundial.

Em 2025, a estimativa é de que 2,3 bilhões de adultos ao redor do mundo estejam acima do peso, sendo 700 milhões de indivíduos com obesidade. No Brasil, essa doença aumentou 67,8% nos últimos treze anos, saindo de 11,8% em 2006 para 19,8% em 2018. Segundo a Pesquisa de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), realizada pelo Ministério da Saúde, a maior taxa de crescimento foi entre adultos de 25 a 34 anos (84,2%) e de 35 a 44 anos (81,1%). Hoje,

no Brasil, 20,7% das mulheres e 18,7% dos homens têm obesidade (ABESO, 2020a; BRASIL, 2018).

A obesidade é uma doença crônica caracterizada pelo excesso de peso proveniente do acúmulo de gordura corporal e é representada por um Índice de Massa Corporal (IMC) igual ou superior a 30 kg/m^2. Esse distúrbio pode causar inúmeras comorbidades, como doenças cardiovasculares e diabetes, que podem surgir em virtude de uma série de alterações metabólicas e endócrinas causadas pelo excesso de gordura corporal, a exemplo do estado inflamatório crônico (ABESO, 2020b). A obesidade apresenta etiologia multifatorial e patogênese complexa, sendo imprescindível a pesquisa de novas estratégias que auxiliem no seu tratamento.

Por ser uma doença multifatorial necessita de um tratamento multidisciplinar, com o objetivo de orientar o indivíduo para mudanças de hábitos alimentares, prática de atividade física, uso de medicamentos e/ou intervenções cirúrgicas, quando necessário, e apoio psicológico. Altos índices de insucesso são apresentados no uso de tratamentos convencionais, em grande parte, por estratégias equivocadas e pelo uso insuficiente dos recursos terapêuticos. Nesse cenário, a fitoterapia desponta como mais uma alternativa no tratamento da obesidade (OLIVEIRA & ALMEIDA, 2013; VERRENGIA *et al.*, 2013).

O extrato do chá-verde, produto originário da planta *Camellia sinensis L.*, tem se destacado em diversas pesquisas por sua composição rica em compostos fenólicos (catequinas), os quais constituem potentes antioxidantes, bem como, manganês, potássio, ácido fólico, vitamina C, vitamina K, vitamina B1 e B2 (BRASIL, 2016; WEISHEIME *et al.*, 2015). Resultados de ensaios clínicos demonstram que o consumo de chá verde pode reduzir o peso corporal, influenciando no metabolismo lipídico. A hipótese é que as catequinas possuem ação sobre atividade do sistema nervoso simpático, aumentando o gasto de energia e promovendo oxidação lipídica (CHACKO *et al.*, 2010; FUNG *et al.*, 2013).

Assim, diante do alto índice de obesidade e suas respectivas consequências à saúde, é necessário identificar propostas terapêuticas que auxiliem no seu tratamento. Nessa perspectiva, o objetivo desse estudo é analisar na literatura científica a ação do extrato do chá verde (*Camellia sinensis L.*) no tratamento da obesidade.

2. MÉTODO

Foi realizada uma revisão integrativa qualitativa, executada em seis etapas: delimitação do tema e escolha da hipótese, determinação dos critérios de inclusão e exclusão, definição das informações que deveriam compor o trabalho a partir dos estudos selecionados, avaliação dos estudos incluídos na revisão, com posterior interpretação e apresentação dos resultados.

O levantamento bibliográfico consistiu na busca de artigos nos bancos de dados PubMed e SciELO, utilizando os seguintes descritores: “obesidade” e “chá verde”, e em inglês “*obesity”* e “*green tea”*. Foram incluídos ensaios clínicos randomizados, publicados entre 2010 e 2020, disponíveis na íntegra, na língua inglesa, portuguesa e espanhola que discutissem o objetivo proposto.

A triagem dos artigos foi realizada por meio da leitura do título, subtítulo, resumo e conclusão dos trabalhos. No total foram encontrados 1132 trabalhos nas bases de dados. Foram encontrados 1121 artigos na Pubmed e 11 artigos na SciELO, dos quais 257 foram removidos por apresentarem data de publicação anterior a 2010, 392 por serem realizados em animais, 181 artigos foram excluídos por não estarem disponíveis na íntegra e 202 artigos foram excluídos por não serem estudos clínicos randomizados. Por fim, cem artigos completos foram selecionados, com 93 sendo excluídos após leitura do texto na íntegra que demonstrou incompatibilidade com o tema proposto nessa revisão.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

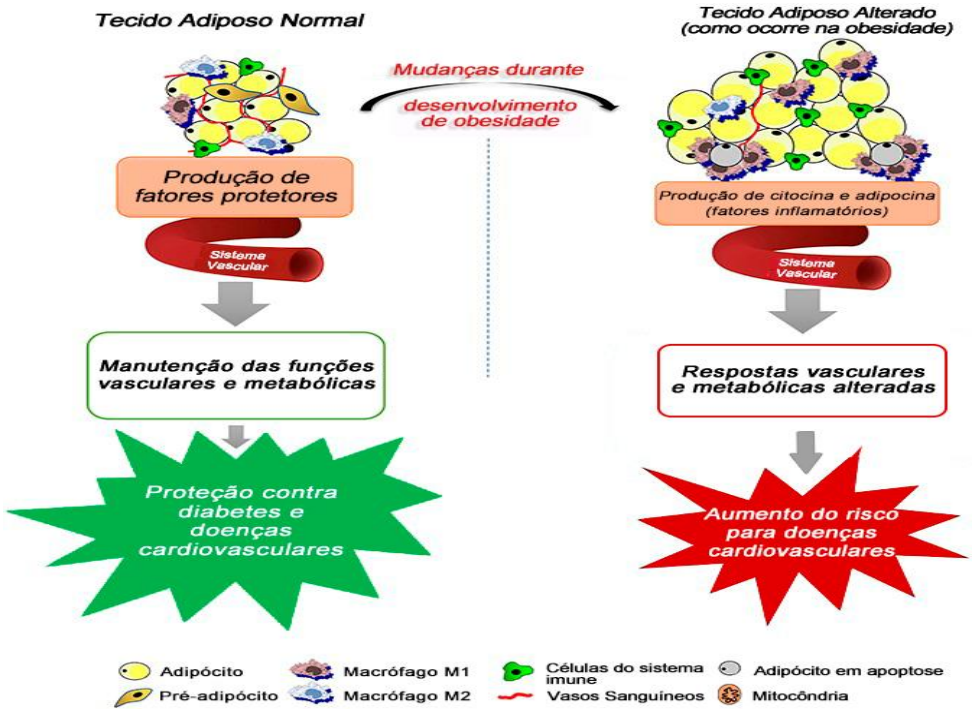
3.1. Obesidade

A gênese da obesidade consiste na hiperplasia e hipertrofia dos adipócitos (Figura 1). Além de ser considerado o maior reservatório energético do organismo humano, o tecido adiposo tem sido reconhecido como um órgão capaz de produzir e secretar várias substâncias com funções endócrinas, atuando como um importante regulador da homeostase energética sistêmica. Na obesidade, o tecido adiposo apresenta disfunções ao expandir-se para armazenar o excesso de energia, resultando na deposição de gordura ectópica em outros tecidos que regulam a homeostase metabólica. As consequências geradas por essas disfunções são: metabolismo anormal de glicose e lipídeos, resistência

à insulina, aumento da pressão arterial, coagulação sanguínea e inflamação (ROSEN & SPIEGELMAN, 2014; COSTA *et al.*, 2018).

A obesidade possui etiologia multifatorial, sendo resultado de uma complexa interação entre fatores ambientais, genéticos, emocionais e de estilos de vida. O ambiente moderno propicia um estilo de vida que favorece o ganho de peso por interferir, por exemplo, na ingestão alimentar devido à necessidade de realizar refeições em curto espaço de tempo, prejudicando o mecanismo de saciedade, e ao aumento da ingestão calórica pelo consumo de alimentos processados e ultraprocessados. Além disso, o ambiente moderno favorece a diminuição da prática de atividade física (ANDRÉIA *et al.*, 2011).

Figura 1. Modificações dos adipócitos no desenvolvimento da obesidade



Fonte: Adaptado de Costa *et al.*, 2018.

A carga genética também possui importância na etiologia da obesidade, estando descrita em vinte e quatro doenças mendelianas, como a síndrome de Prader-Willi. Vale destacar, também, a herança poligênica da obesidade, uma vez que nem todos os indivíduos ganharão a mesma quantidade de peso quando expostos a dietas hipercalóricas. O risco de obesidade quando nenhum dos pais é obeso, por exemplo, é de

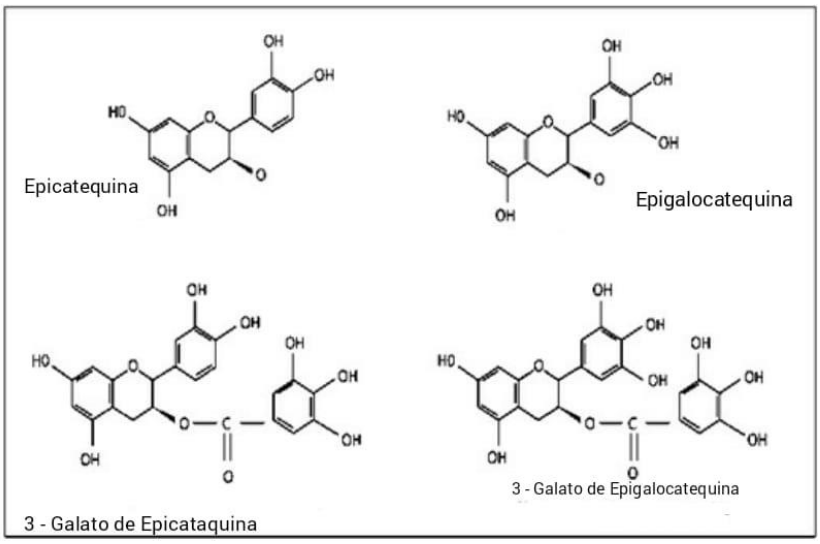
9%, enquanto, quando um dos genitores é obeso, eleva-se a 50%, atingindo 80% quando ambos são obesos. Sintomas de estresse, tais como ansiedade, depressão, nervosismo e o hábito de se alimentar quando problemas emocionais estão presentes são comuns em pacientes com sobrepeso ou obesidade, sugerindo relação entre estresse, compulsão por comida palatável, transtorno de compulsão alimentar e obesidade (ABESO, 2016).

3.2. *Camellia sinensis (L.)*

Camellia sinensis (L.) é uma espécie de planta da família Theaceae que sobrevive principalmente em regiões de climas tropicais e subtropicais. O chá produzido pelas folhas da *Camellia sinensis* é uma das bebidas mais consumidas no mundo, sendo classificado de acordo com o grau de fermentação das folhas como: chá verde (não fermentado), chá branco e chá amarelo (levemente fermentado), chá oolog (semi-fermentado), chá preto (fermentado) e pu-erh (pós-fermentado) (SÁNCHEZ *et al.*, 2020).

O popular chá verde, feito através das folhas dessa planta é o segundo chá mais consumido em todo o mundo, especialmente na China, Índia e Japão. Nas folhas do chá, são encontrados diversos compostos bioativos dos grupos dos flavonoides, como epigalocatequinagalato, miricetina, apigenina, quercetina, rutina, thearubigin e flavoninas. Dentre estes, o composto mais abundante no chá verde é a epigalocatequinagalato (Figura 2).

Figura 2. Estrutura química das catequinas



Fonte: Lucas *et al.*, 2016.

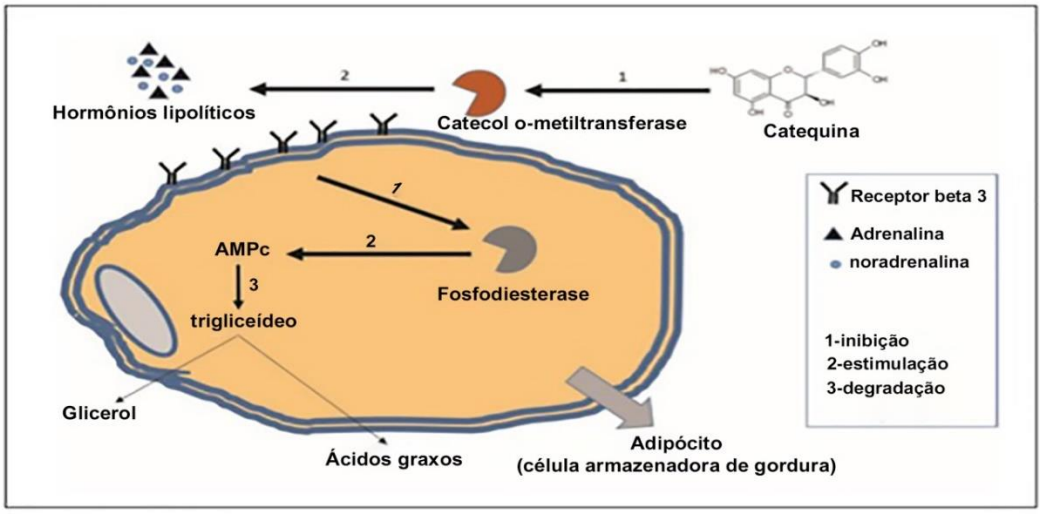
No entanto, a quantidade e o tipo de compostos variam conforme o grau de fermentação das folhas (SÁNCHEZ *et al.;* 2020). Os benefícios dos chás oriundos de folhas da *Camellia sinensis* incluem efeitos anti-inflamatórios, anticancerígenos, antioxidantes, prevenção de doenças cardiovasculares e redução do colesterol (NAVEED *et al.*, 2018).

3.3. Extrato de chá verde como tratamento complementar para a obesidade

A busca pela compreensão dos mecanismos fisiológicos envolvidos no controle do apetite, fome e saciedade têm impulsionado as pesquisas nas duas últimas décadas, em busca de produtos efetivos para o tratamento e controle da obesidade, incluindo os de origem natural. Nesse cenário, o extrato de chá verde desponta como um tratamento complementar para a obesidade (DUARTE *et al.*, 2014)

Os principais mecanismos relacionados ao papel da epigalocatequinagalato, presente no chá verde, na regulação do peso corporal incluem: inibição da catecol-O-metiltransferase, responsável pela degradação da noradrenalina, favorecendo a termogênese e a lipólise (Figura 3); *up-regulation* de enzimas da β-oxidação; supressão da adipogênese e lipogênese; e inibição das lipases, dificultando a absorção dos lipídios no trato gastrointestinal (JANSSENS *et al.*, 2015; SUZUKI *et al.*, 2016).

Figura 3. Inibição da catecol-O-metiltransferase pela epigalocatequinagalato



Legenda: A epigalocatequinagalato inibe a catecol-o-metiltransferase, enzima responsável por degradar a noradrenalina na fenda sináptica, o que prolongaria seu efeito. O AMP-c é o segundo mensageiro intracelular para a termogênese mediada por noradrenalina. **Fonte**: Dulloo *et al.*, 2000.

Basu *et al.* (2010) compararam os efeitos da suplementação de cápsulas de extrato de chá verde e a bebida chá verde no controle sobre o peso corporal, perfil de lipídeos e glicose e biomarcadores de estresse oxidativo em 35 indivíduos obesos com síndrome metabólica, com IMC médio de 38,33 kg/m^2. Os indivíduos foram separados em três grupos, 12 no grupo chá verde (Grupo A), 10 no grupo extrato de chá verde (Grupo B) e 13 no grupo controle (Grupo C). O estudo teve duração de oito semanas.

O grupo A recebeu quatro xicaras por dia de chá verde, já o grupo B, duas cápsulas de extrato de chá verde e quatro xícaras de água. O grupo C, por fim, recebeu quatro xícaras de água por dia. Os resultados demonstraram diminuição do peso corporal no grupo A e B (2,5kg e 1,9kg, respectivamente). O grupo A apresentou uma maior tendência decrescente de LDL e peroxidação lipídica, quando comparado ao grupo B e C.

Um estudo randomizado de controle cruzado, realizado por Brown *et al*. (2011), avaliou os efeitos de aproximadamente 800 mg/dia de catequinas presentes no chá verde sobre o peso corporal de 67 homens com sobrepeso e obesidade por seis semanas. Os resultados demonstraram um efeito contra o ganho de peso corporal, representando: 0,64 kg de redução de peso nos indivíduos suplementados com extrato de chá verde, e 0,43 kg de ganho de peso, no grupo placebo.

Um estudo randomizado, duplo-cego, placebo controlado, realizado por Suliburska *et al.* (2012), avaliou os efeitos do extrato de chá verde sobre minerais, IMC, perfil lipídico, glicose e status antioxidante de 46 indivíduos obesos, com IMC ≥ 30 kg/m^2. Os participantes foram aleatoriamente designados para receberem uma cápsula contendo 378 mg de extrato de chá verde e 208 mg de epigalocatequinagalato por dia pela manhã, ou um placebo não identificado por 3 meses. Ao final, foi possível identificar a redução de 0,48 kg/m^2 no IMC do grupo que recebeu o extrato de chá verde, bem como redução da circunferência da cintura e das concentrações de triglicerídeos, colesterol total e LDL, e aumento do nível de colesterol HDL.

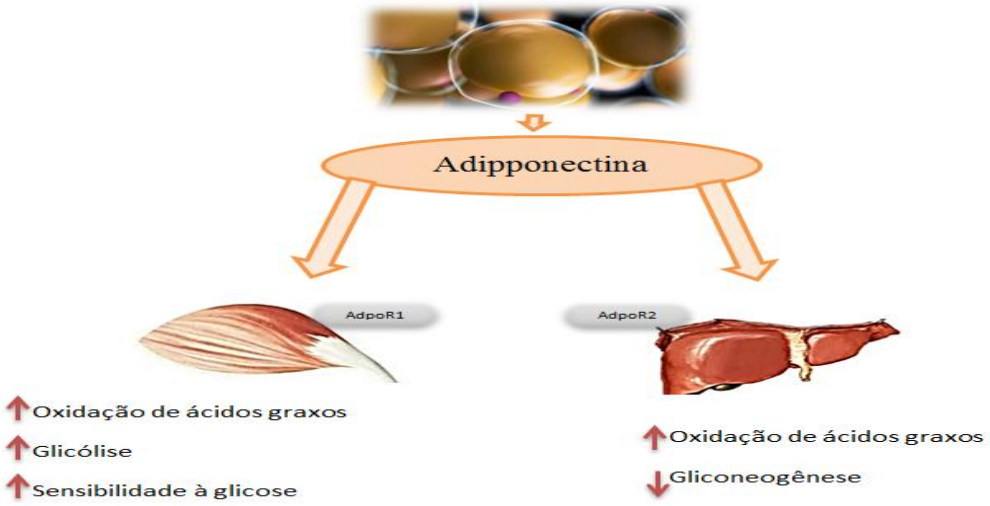
Foi possível observar também aumento no nível de antioxidantes e na concentração total de zinco no soro. Os níveis de glicose e ferro sérico foram menores no grupo do extrato de chá verde, enquanto que o magnésio mostrou concentrações maiores neste grupo. Os resultados desse estudo demonstram que o chá verde influencia na saúde do corpo e estado mineral de indivíduos obesos, além de confirmar os efeitos positivos da suplementação do extrato de chá verde.

Outro estudo clínico randomizado, duplo-cego, realizado por Chen *et al*. (2016), com 102 mulheres apresentando IMC ≥ 27 kg/ m² e circunferência da cintura com

medidas ≥ 80 cm, por um período de 12 semanas, avaliou o efeito e a segurança do extrato de chá verde (epigalocatequinagalato) em doses diárias elevadas (856,8 mg/dia) na diminuição do peso corporal, como também nas alterações lipídicas e hormonais relacionadas à obesidade. O resultado demonstrou diminuição significativa no peso corporal, IMC e na circunferência da cintura. Houve também diminuição dos níveis de LDL, colesterol total e não foi notado nenhum efeito colateral. Notaram-se ainda menores concentrações de grelina e aumento nos níveis de adiponectina no grupo estudado em relação ao grupo placebo.

A adiponectina é um hormônio secretado pelos adipócitos e possui a função de regular o metabolismo energético do corpo, estimulando a oxidação de ácidos graxos, promovendo redução de triglicerídeos plasmáticos e melhora do metabolismo da glicose, aumentando a sensibilidade à insulina (ZENIL, 2013). A Figura 4 demonstra a atuação desse hormônio.

Figura 4: Mecanismo de ação da adiponectina.



Legenda: A adiponectina, sintetizada pelo tecido adiposo, age na regulação de alguns processos metabólicos. Através dos receptores AdipoR1 e AdipoR2 do músculo e fígado, respectivamente, atua no aumento da oxidação de ácidos graxos em ambos os órgãos. **Fonte:** Adaptado de Zenil, 2013.

Com o objetivo de observar outros parâmetros relacionados ao ganho de peso e sabendo-se então que hipertensão arterial está associada à obesidade, outros pesquisadores avaliaram a suplementação do extrato de chá verde sobre hipertensão arterial em indivíduos com sobrepeso e obesidade. Os resultados da suplementação mostraram que houve redução significativa nas pressões sistólica (-1,42 mmHg) e

diastólica (-1,25 mmHg), quando comparado aos valores do grupo placebo (LI *et al.*, 2015).

Huang *et al*. (2018) avaliaram 90 mulheres com idade entre 18 e 65 anos, de IMC ≥ 27 kg/m² e LDL-C ≥ 130 mg/dl mediante a suplementação de uma cápsula de 856,8 mg de extrato de chá verde durante seis semanas. Os autores demonstraram diminuição dos níveis de LDL-C (4,8%) e aumento de 25,7% de leptina sérica. No entanto, não houveram alterações significativas no IMC, colesterol total e triglicerídeos.

Sobre os padrões de diferentes doses aplicadas aos indivíduos, outros pesquisadores suplementaram 300 mg/dia em 118 mulheres obesas, avaliando perfis metabólicos semelhantes aos estudos anteriores. Neste estudo, não foi observada qualquer diferença significativa na redução do peso corporal, adiposidade total ou central e taxas de oxidação lipídica. Ressalta-se que, além da dose administrada ter sido relativamente menor a todas, os resultados foram baseados em um grupo de mulheres obesas não mórbidas, caucasianas na pré-menopausa. Dessa forma, se faz necessária uma aplicação de estudos globais em populações de diversas etnias a fim de estabelecer se essas descobertas se aplicam a outras populações ou para homens obesos (MIELGO-AYUSO *et al.*, 2014).

Dentre os estudos avaliados, foi observado que a ingestão desse extrato (149,5 a 1315 mg/dia de catequinas, em geral, por um período de 12 semanas) foi associada à redução modesta de peso e da quantidade de gordura corporal, ou apresentou efeito protetor contra o ganho de peso. Em contrapartida, é importante mencionar que, em todos os estudos, foram envolvidos indivíduos com diferentes perfis genéticos e dietéticos, o que pode ter influenciado nos resultados encontrados (WANG *et al.*, 2010; BROWN *et al.*, 2011; SULIBURSKA *et al.*, 2012).

Vale ressaltar ainda que, apesar de seus efeitos benéficos no tratamento e prevenção de doenças, o chá verde e seu extrato podem apresentar efeitos adversos. Há relatos de hepatotoxicidade e distúrbios gastrointestinais, especialmente quando consumidos como desjejum. Não há relatos de que o chá verde e seus componentes sejam teratogênicos, mutagênicos ou cancerígenos, no entanto, existem relatos de que seu uso deve ser limitado durante a gestação e amamentação (BEDROOD *et al.*, 2018).

4. CONCLUSÃO

No tratamento efetivo da obesidade, é essencial um acompanhamento multidisciplinar, mudança de estilo de vida com prática de exercícios físicos e uma alimentação adequada para a obtenção de resultados satisfatórios. Assim, a ingestão do extrato de chá verde parece favorecer a perda de peso em obesos, justificando-se pela ação de seus compostos bioativos em diferentes vias metabólicas.

Entretanto, é importante ressaltar que seus efeitos ocorrem em diferentes magnitudes, sendo necessário o desenvolvimento de mais pesquisas que busquem compreender o metabolismo e ação de seus fitoquímicos na obesidade humana.

5. REFERÊNCIAS

ABESO. Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. Diretrizes brasileiras de obesidade. AC farmacêutica, 2016. Disponível em: https://abeso.org.br/wp-content/uploads/2019/12/Diretrizes-Download-Diretrizes-Brasileiras-de-Obesidade-2016.pdf. Acesso em: 03 jun. 2020.

ABESO. Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. Disponível em: <https://abeso.org.br/obesidade-e-sindrome-metabolica/mapa-da-obesidade/.> Acesso em: 25 mai. 2020a.

ABESO. Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. Disponível em: <https://abeso.org.br/conceitos/obesidade-e-sobrepeso/>. Acesso em: 25 mai. 2020b.

ANDRÉIA, L. *et al.* A importância da homeostase entre os limites de leptina e da grelina no controle da obesidade. Revista eletrônica-ACTA Brasileira de Pesquisa em Saúde, v. 6, p. 12, 2011.

BASU, A. *et al*. Green tea supplementation affects body weight, lipids, and lipid peroxidation in obese subjects with metabolic syndrome. Journal of the American College of Nutrition, v. 29, p. 31, 2010.

BEDROOD, Z. *et al*. Toxicological effects of Camellia sinensis (green tea): A review. Phytotherapy Research, v. 32, p. 1163, 2018.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Memento Fitoterápico - Farmacopeia Brasileira. 1ª edição. Brasília. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Vigitel Brasil 2018: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/julho/25/vigitel-brasil-2018.pdf. Acesso em: 03 jun. 2020.

BROWN, A.L. *et al*. Health effects of green tea catechins in overweight and obese men: a randomised controlled cross-over trial. British Journal of Nutrition, v. 106, p. 1880, 2011.

CHACKO, S.M. *et al*. Beneficial effects of green tea: a literature review. Chinese Medicine, v. 5, p. 13, 2010.

CHEN, I. *et al*. Therapeutic Effect of High-Dose Green Tea Extract on Weight Reduction: A Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Clinical Trial. Clinical Nutrition, v. 35, p. 592, 2016.

COSTA, R.M. *et al*. Perivascular adipose tissue as a relevant fat depot for cardiovascular risk in obesity. Frontiers in Physiology, v. 9, p. 253, 2018.

DUARTE, J.L.G. *et al*. A relação entre o consumo de chá verde e a obesidade: Revisão. Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento, v. 8, p. 4, 2014.

DULLOO, A.G. *et al*. Green tea and thermogenesis: interactions between catechin-polyphenols, caffeine and sympathetic activity. International Journal of Obesity, v. 24, p. 252, 2000.

FUNG, S.T. *et al*. Comparison of catechin profiles in human plasma and urine after single dosing and regular intake of green tea (Camellia sinensis). British Journal of Nutrition, v. 109, p. 2199, 2013.

LI, G. *et al*. Effect of green tea supplementation on blood pressure among overweight and obese adults: a systematic review and meta-analysis. Journal of Hypertension, v. 33, p. 243, 2015.

HUANG, L. *et al*. Effects of green tea extract on overweight and obese women with high levels of low density-lipoprotein-cholesterol (LDL-C): a randomised, double-blind, and cross-over placebo-controlled clinical trial. BMC Complementary Medicine and Therapies, v. 18, p. 294, 2018.

MIELGO-AYUSO, J. *et al*. Effects of dietary supplementation with epigallocatechin-3-gallate on weight loss, energy homeostasis, cardiometabolic risk factors and liver function in obese women: randomised, double-blind, placebo-controlled clinical trial. British Journal of Nutrition, v. 111, p. 1263, 2014.

OLIVEIRA, L.H. & ALMEIDA, P. Obesidade: aspectos gerais dos fatores, tratamento e prevenção. Voos Revista Polidisciplinar Eletrônica da Faculdade Guairacá, v. 4, n. 2, 2013.

OMS, Organização Mundial de Saúde. Estimativas Globais de Saúde 2016: Causas de óbito, idade, sexo, por país e por região, 2000-2016. Geneva: Organização Mundial de Saúde, 2018. Disponível em: https://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/index1.html. Acesso em: 25 mai. 2020.

ROSEN, E.D. & SPIEGELMAN, B.M. What we talk about when we talk about fat. Cell, v. 156, p. 20, 2014.

VERRENGIA, E.C. *et al*. Medicamentos fitoterápicos no tratamento da obesidade. Uniciências, v. 17, n. 1, 2013.

WANG, H. *et al*. Effects of catechin enriched green tea on body composition. Obesity, v. 18, p. 773, 2010.

WEISHEIME, N. *et al*. Fitoterapia como alternativa terapêutica no combate à obesidade. Revista de Ciências da Saúde Nova Esperança, v. 13, p. 110, 2015.

ZENIL, Y. P. M. Validación del método analítico para la determinación de adiponectina y leptina en suero de pacientes con cáncer de mama. 2013. 60f. Tese (Doutorado em Farmácia) - Universidad Autónoma del Estado de México, Toluca, 2013. Disponível em: https://core.ac.uk/download/pdf/55519495.pdf. Acesso em: 13 jun. 2020.

Capítulo 2

FATORES DE RISCO PARA MORTALIDADE NEONATAL EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA

Bianca M C de S Vieira[1], Amanda K M Resende[2], Stefânia A Pereira[1], Cristiana P Oliveira3, Vitor K De M Alves[4], Jullyan S M C Branco[5], Ana C E De Lima[1], Kelven R S Bezerra[6], Francielly De S Rodrigues[7], Vandelma L De Castro[8], Ana C N de Moura[9], Larissa A de C Lourenço[1], José F Ribeiro[10]

[1] Enfermeira, Universidade Estadual do Piauí, Teresina/PI.
[2] Enfermeira, Universidade Estadual do Piauí. Residente em Enfermagem Obstétrica pela Universidade Federal do Piauí – UFPI, Teresina/PI.
[3] Especialista em Saúde da Família pela Universidade Federal do Piauí – UFPI, Teresina/PI.
[4] Discente de Enfermagem, Universidade Estadual do Piauí, Teresina/PI.
[5] Discente de Enfermagem UNIFSA, Teresina/PI.
[6] Enfermeiro pelo Centro Universitário Uninovafapi, Teresina/PI.
[7] Enfermeira, Universidade Federal do Piauí, Teresina/PI.
[8] Fisioterapeuta, Universidade Estadual do Piauí, Teresina/PI.
[9] Discente de Enfermagem, Universidade Estadual do Piauí, Teresina/PI.
[10] Docente do curso de Enfermagem da Universidade Estadual do Piauí – UESPI, Doutorando em Enfermagem pela Universidade Federal do Piauí – UFPI. Teresina/PI.

Palavras-chave: *Enfermagem materno-infantil; neonato; unidades de terapia intensiva neonatal*.

1. INTRODUÇÃO

Uma grande preocupação em saúde pública, atualmente, relaciona-se ao aumento de nascimentos de recém-nascidos (RN) prematuros e sua crescente importância como causa da mortalidade infantil. Nos últimos anos, o avanço das tecnologias e a qualificação da assistência nas Unidades de Terapia Intensivas Neonatais (UTIN) vêm sendo considerados os principais responsáveis pela redução da mortalidade neonatal, especialmente nos países desenvolvidos (BRASIL, 2017; MIRANDA *et al.*, 2010).

Há uma redução na mortalidade neonatal nas últimas décadas no mundo. No entanto, essa tendência não ocorreu de maneira uniforme em todos os países. Uma pesquisa que avaliou a mortalidade neonatal nos anos de 2010 a 2015 verificou que um quinto das mortes ocorreu no primeiro dia de vida e que essas mortes são consideradas

evitáveis, as razões mais frequentes foram a síndrome da angústia respiratória, imaturidade extrema e muito baixo peso ao nascimento, que são comorbidades passíveis de prevenção com uma assistência de pré-natal adequada (TEIXEIRA *et al*., 2019).

No Brasil o componente neonatal foi o que apresentou menor redução em sua taxa de mortalidade. Inúmeras enfermidades podem cursar na gravidez com repercussão danosa para a saúde do binômio materno-fetal. O fator de risco mais frequente de óbito neonatal foi a prematuridade. O nascimento prematuro está relacionado a qualidade de assistência prestada no pré-natal, como a realização de menos de seis consultas, como também pode ser afetado por fatores socioeconômicos, como baixa escolaridade e mães muito jovens, fatores comportamentais e biológicos de cada mulher (SLEUTJES, *et al*., 2018).

Diante desse contexto, esta revisão tem como objetivo analisar mediante revisão de literatura, fatores materno-fetais que predispõem a mortalidade neonatal.

2. MÉTODO

Estudo de revisão narrativa da literatura, considerada um modelo de pesquisa que possibilita a síntese de estudos relevantes publicados sobre o assunto estudado, além de promover a melhoria da prática clínica e tomada de decisão (GALVÃO *et al.*, 2012).

Foram seguidas as seguintes etapas: identificação da temática a ser estudada, formulação da questão de pesquisa; objetivos do estudo; critérios de inclusão e exclusão de artigos para seleção; definição das informações a serem extraídas dos artigos; interpretação e apresentação dos resultados da pesquisa.

O levantamento bibliográfico foi realizado via Biblioteca Virtual em Saúde: LILACS, BDENF, SciELO, Medline, em maio de 2018. A pesquisa foi realizada utilizando a busca avançada da base de dados descrita, construindo assim a expressão de busca: "(tw:(neonato)) AND (tw:(unidade de terapia intensiva neonatal)) AND (tw:(mortalidade neonatal))", foram encontrados 832 artigos nessa primeira busca. O termo "enfermagem materno-infantil" foi utilizado na segunda busca: "(tw:(neonato)) AND (tw:(unidade de terapia intensiva neonatal)) AND (tw:(mortalidade neonatal)) AND (tw:((tw:((tw:(enfermagem materno-infantil))" sendo encontrado 1 artigo, resultado em 833. Os descritores selecionados para operacionalização das buscas encontram-se inseridos nos vocabulários Descritores em Ciências da Saúde (DeCS).

Os critérios de inclusão foram estudos primários disponíveis na integra, publicações nos últimos 6 anos entre 2012 a 2018, em português, estudos de meta-análise, ensaios clínicos randomizados, estudos transversais e longitudinais, estudo de coorte e caso controle. Excluíram-se produções duplicadas, artigos que não abordavam a temática, estudos de revisão, teses, dissertações e editoriais. Resultando em 136 artigos, após análise dos resumos e temática abordada restou 20 artigos concordantes aos os critérios de inclusão e exclusão.

Para coleta de dados utilizado um instrumento elaborado pelos autores deste estudo contendo informações do ano de publicação, local, detalhamento do método (tipo de estudo, amostra, cenário) abordagem metodológica, nível de evidencia, principais resultados e conclusões.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra do estudo se deu com 20 produções após análise e seleção dos mesmos. A Tabela 1 apresenta a distribuição dos artigos de acordo com as variáveis: ano, abordagem metodológica e local de publicação, onde, verificou-se que o ano de maior publicação foi o de 2015 (n=8), as publicações variaram entre os anos de 2012 a 2018. Houve predomínio da abordagem quantitativa (n=16) entre as produções, quanto ao local de publicação compreendeu o estado do Ceará (n=4) com mais artigos.

Tabela 1. Distribuição dos artigos segundo as variáveis: ano de publicação, abordagem metodológica e local de publicação (n=20)

VARIÁVEIS	N
Ano de publicação	
2012	1
2014	5
2015	8
2016	2
2017	2
2018	2
Abordagem metodológica	
Qualitativo	3
Quantitativo	16
Quali/Quanti.	1
Local de publicação	
Rio de Janeiro	2
Espírito Santo	1
Mato Grosso	1

Minas Gerais	2
Santa Catarina	3
Belo Horizonte	1
Ceará	4
Paraná	2
Rio Grande do Sul	1
Piauí	1
Mato Grosso do Sul	1
Pará	1

Fonte: elaborado pelo autor, 2020.

Com base nos estudos, os principais resultados quanto ao detalhamento metodológico das amostras, ou seja, o método de coleta de dados para se obter os resultados as pesquisas se deram: com profissionais da saúde (n=3), documental (n=8) e estudos com o público (responsável legal, recém-nascido) (n=9). De acordo com o nível de evidência, foram classificados como nível 1B (n=18) e nível 2B (n=2), detalhados na Tabela 2.

Tabela 2. Classificação dos artigos de acordo com o detalhamento metodológico e nível de evidência (n=20)

ARTIGO	DETALHAMENTO	NÍVEL DE EVIDÊNCIA
1	Estudo descritivo exploratório. **Amostra:** 16 profissionais de enfermagem.	1B
2	Estudo descritivo. **Amostra:** 29 profissionais da saúde atuantes na UTIN.	1B
3	Estudo descritivo transversal, documental. **Amostra:** 9.177 declarações de nascidos vivos e 77 declarações de óbitos.	1B
4	Estudo observacional transversal. **Amostra:** Avaliação hematológica de 143 neonatos admitidos em UTIN.	1B
5	Estudo prospectivo. **Amostra:** 176 bebês de ambos os sexos submetidos à ventilação mecânica foram avaliados após a extubação.	1B
6	Estudo longitudinal, multicêntrico de base hospitalar. **Amostra:** 3.623 nascidos vivos internados em 34 UTIN.	1B
7	Estudo transversal retrospectivo. **Amostra:** 100 prontuários de recém-nascidos	1B
8	Estudo descritivo transversal. **Amostra:** 138 prontuários crianças egressas das unidades de cuidado ao neonato de alto risco.	1B
9	Estudo prospectivo observacional, tipo caso controle. **Amostra:** 222 gestantes atendidas em maternidade pública.	2B
10	Estudo analítico, documental, retrospectivo. **Amostra:** 119 prontuários de gestantes que tiveram desfecho de parto na instituição da pesquisa.	1B
11	Estudo descritivo exploratório. **Amostra:** 8 enfermeiros do alojamento conjunto.	1B

12	Estudo descritivo prospectivo. **Amostra:** 30 prontuários de neonatos com malformação congênita.	1B
13	Estudo transversal descritivo, documental com amostragem aleatória simples. **Amostra:** 318 prontuários de recém-nascidos admitidos na UTIN.	1B
14	Estudo coorte observacional prospectivo. **Amostra:** 134 neonatos submetidos à punção do primeiro cateter intravenosos periféricos.	1B
15	Estudo descritivo. **Amostra:** 52 mães de recém-nascidos que foram internados na UTIN e na UCI.	1B
16	Estudo descritivo. **Amostra:** 2.247 recém-nascidos acompanhados até a alta.	1B
17	Estudo observacional transversal. **Amostra:** 7.887 registros de nascidos vivos (DNV).	1B
18	Estudo descritivo observacional, longitudinal prospectivo. **Amostra:** 200 neonatos com asfixia perinatal.	1B
19	Estudo descritivo, retrospectivo, pesquisa de campo. **Amostra:** 150 prontuários de recém-nascidos.	1B
20	Estudo coorte. **Amostra:** 172 recém-nascidos internados na UTIN.	2B

Fonte: elaborado pelo autor, 2020.

A Tabela 3 descreve os 20 artigos utilizados na pesquisa, de acordo com o título, os autores, o periódico no qual foi publicado e os principais resultados apresentados. Depois da leitura das produções, dos seus resultados e discussões, estes foram agrupados por temáticas. Após a classificação dos principais resultados apresentados, se deu a elaboração de três categorias fornecendo maior entendimento ao leitor, emergindo assim, as seguintes categorias temáticas: Fatores que predispõem a mortalidade neonatal; Características maternas associadas à internação de neonatos; Cuidados realizados na UTIN que reduzem incidência de óbitos neonatais.

Tabela 3. Descrição das referências por título, autores, periódicos e principais resultados (n=20)

ARTIGO	TITULO/ ANO	AUTORES/ PERIÓDICO	PRINCIPAIS RESULTADOS
1	A equipe de enfermagem frente aos acionamentos de alarmes em unidade de terapia intensiva neonatal. /2016	Marta, C.B. *et al.*/ Cuidado é fundamental	Os profissionais apresentam uma boa qualificação, porém atuam num cenário complexo que exige um dimensionamento de pessoal, fato que pode ter interferido no atendimento ao alarme acionado. A capacitação dos profissionais e o estímulo à atualização de conhecimentos e ao cumprimento das normas técnicas e operacionais apresentam-se como solução bem adequada, visto que o objetivo final é a prestação de uma assistência de qualidade e a segurança do paciente.

2	Concepções de humanização de profissionais em unidades de terapia intensiva neonatal. /2015	Roseiro, C.P. & Paula, K.M.P./ Estudos de Psicologia	Os profissionais compreendem o cuidado humanizado a partir do resgate da perspectiva afetiva, em oposição ao modelo médico-tecnicista de atenção à saúde, ou seja, com ênfase nos aspectos emocionais que envolvem sua relação com o bebê e com o trabalho em Neonatologia. A participação da família foi o aspecto mais relevante para os profissionais, que expressaram a importância da permanência dos pais na unidade de terapia e sua participação nos cuidados ao recém-nascido.
3	Mortalidade neonatal precoce relacionada a intervenções clínicas. /2014	Bittencourt, R.M. & Gaíva, M.A.M. /Revista Brasileira de Enfermagem	Dos 77 óbitos analisados, 94,7% dos bebes nasceram no hospital e mais de 70% morreram precocemente. As intervenções em sala de parto que se associaram ao risco de óbito precoce foram: reanimação cardiopulmonar e intubação; durante a internação, o cateter central de inserção periférica e a hemotransfusão associaram-se como fator de proteção para o óbito precoce. O conhecimento de práticas clinicas é imprescindível para alcançar a qualidade do cuidado e, consequentemente, reduzir os óbitos neonatais, especialmente os precoces.
4	Hematológico dos neonatos admitidos em unidade de terapia intensiva neonatal de um hospital no sul do Brasil./ 2015.	Aguiar, C.F. *et al./* Revista Associação Médica do Rio Grande do Sul	Foram estudados 143 neonatos, 77 (53,8%) eram do sexo masculino, a média de idade foi de 1,47 dias (DP ±2,46), idade gestacional 33,61 semanas (DP±3,55), peso 2093,5 gramas, foi coletado uma média de 1,8ml de sangue de cada neonato. A contagem de eritroblastos foi detectada em apenas sete hemogramas. Os parâmetros hematimétricos e do leucograma quando associados ao peso e idade gestacional tenderam a normalidade, e as plaquetas a diminuição. O hemograma é um exame rotineiro nas admissões dos neonatos na UTIN, tende a normalidade nos parâmetros hematimétricos e do leucograma, com baixa influência da idade gestacional e peso e possui uma predisposição à trombocitopenia.
5	Fatores preditivos para falha de extubação e reintubação de recém-nascidos submetidos à ventilação pulmonar mecânica. / 2014	Costa, A.C.O.. *et al* /Revista Brasileira de Terapia Intensiva	Idade gestacional <28 semanas, peso <1.000 g e valores baixos de Apgar estiveram associados a falha de extubação e a reintubação. Já na análise multivariada, as variáveis que se mantiveram associadas à falha na extubação foram os dias de ventilação mecânica, potencial hidrogeniônico e pressão parcial de oxigênio, e, para a reintubação, foram Apgar no 5º minuto e idade na extubação. Menores Apgar no 5º minuto, idade na extubação e tempo de ventilação mecânica, além da presença de distúrbios ácido-base e hiperóxia foram variáveis que apresentaram relação com os eventos analisados.

6	Fatores associados ao óbito neonatal de recém-nascidos de alto risco: estudo multicêntrico em unidades neonatais de alto risco no nordeste brasileiro. / 2014	Silva, F.S, *et al*./ Cad. Saúde Pública	Tipo de parto cesariano; não uso de corticoide antenatal; pré-eclâmpsia; oligodramnia; peso ao nascer < 2.500 g; escore de Apgar no 5° minuto < 7; uso de tubo endotraqueal; não uso de surfactante. O óbito em UTIN é determinado pelas condições assistenciais à gestação, parto e recém-nato.
7	Intervenção do enfermeiro às crianças atendidas no ambulatório de seguimento do recém-nascido de risco. /2017	Castro, A.C.O.; Duarte, E.D.; Diniz, I.A. /Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro	Os recém-nascidos com alta das UTIN que regressaram para o seguimento ambulatorial foram, em sua maioria, do sexo feminino (52%). Em relação à idade gestacional, (44%) nasceram com menos de 32 semanas e (29%) com menos de 1500 gramas. Foram predominantes os diagnósticos de amamentação eficaz (75%), risco de atraso no desenvolvimento (42%), padrão de sono prejudicado (19%), desobstrução ineficaz de vias aéreas (12%), risco de integridade da pele prejudicada (11%) e risco de infecção (7%). Para garantir a continuidade do cuidado, estratégias devem ser implementadas junto com a família e, portanto, este estudo poderá contribuir para a exploração de novos diagnósticos e intervenções de enfermagem visando à vinculação do nível ambulatorial com os serviços de atenção básica.
8	Caracterização do perfil das crianças egressas de unidade neonatal com condição crônica. /2014	Tavares, T.S. *et al*./ Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro	Identificaram-se 138 crianças, sendo que 73,7% nasceram prematuras e 67,9% com baixo peso. Das 111 que tiveram alta, 64,9% tinham dependência de medicamentos, 59,5% apresentavam necessidade de acompanhamento do desenvolvimento diferenciado em relação às crianças da idade e 8,1% tinham dependência de tecnologia. A prematuridade, o baixo peso e as complicações associadas têm sido determinantes da internação em unidade neonatal. As crianças egressas com condição crônica requerem maior frequência e complexidade de cuidados nos serviços de saúde e no domicílio, o que deve ser considerado no planejamento da assistência à saúde e na elaboração de políticas públicas.
9	Fatores de risco materno associados à necessidade de unidade de terapia intensiva neonatal. /2014	Costa, A.L. et al./ Rev. Bras. Ginecologia Obstetrícia	Dentre as complicações que necessitaram de cuidados em UTI neonatal, a prematuridade foi responsável por 61 casos (55,5%), seguido de risco de infecção intraparto, com 46 casos (41,8%). Dentre a história materna, a doença hipertensiva apresentou significância estatística, a ruptura prematura de membranas se associou fortemente a necessidade de UTI neonatal. A ruptura prematura de membranas e as doenças hipertensivas devem ter atenção especial na assistência pré-natal, devido à forte associação de recém-nascidos com necessidades de cuidados em UTI neonatal.

10	Fatores preditores para a admissão do recém-nascido na unidade de terapia intensiva neonatal. /2017	Costa, L.D. *et al*. /Revista baiana enfermagem	Mães com idade entre 20 e 25 anos (31,1%); nível fundamental (42,0%); 49,6% eram casadas e 80,7% tiveram parto cesárea. O pré-natal foi realizado por 95,0% das gestantes e 97,5% apresentaram patologias gestacionais. Dos neonatos, 51,3% eram do sexo feminino; 88,2% receberam alta para o alojamento conjunto com a mãe, 71,4% internaram por prematuridade, 40,3% por problemas respiratórios e 28,6% por hipoglicemia. A internação do recém-nascido na UTIN está consequentemente relacionada às características maternas e às patologias desenvolvidas no período gravídico.
11	O cuidado de enfermagem na admissão e permanência do recém-nascido no alojamento conjunto na transferência intrahospitalar. / 2015.	Dulfe, P.A.M./ Revista de pesquisa Cuidado é fundamental	Os resultados mostraram a importância da mulher e do recém-nascido no mesmo espaço, orientações aos acompanhantes. A realização do exame físico mostra a sua eficácia no seu acompanhamento. Assim, o enfermeiro deve executar o seu cuidado na admissão e permanência do recém-nascido em sua integralidade, favorecendo o conforto e a segurança.
12	Terapêuticas utilizadas em recém-nascidos com malformações congênitas internados em unidade neonatal. /2015	Cardoso, M.V.L.M.L. *et al*. /Revista eletrônica de enfermagem	Verificou-se que a ocorrência de malformações foi maior no sexo feminino, independentemente da idade materna, idade gestacional ou peso ao nascer; prevaleceram as malformações do sistema nervoso central e osteomuscular. As terapêuticas utilizadas variaram conforme a evolução clínica do neonato. As terapêuticas não estão diretamente relacionadas ao tipo de malformação, mas ao quadro clínico do neonato.
13	Aspectos clínicos de recém-nascidos admitidos em unidade de terapia intensiva de hospital de referência da região norte do Brasil. /2015	Lima, S.S./ ABCS Health Sciences	Neonatos masculinos (53,14%), prematuros (92,14%) baixo peso ao nascimento (80,5%), com Apgar adequados no 1º e 5º minutos e sem utilizar surfactante pulmonar exógeno (54,72%). Suas genitoras constituíram-se de adultas jovens, com pré-natal inadequado (72,6%), partos cesarianos (56,0%), sem corticoterapia antenatal (91,19%) e provenientes do interior do estado (44,0%). Prematuridade foi a principal causa de admissão na Unidade (77,04%). Os neonatos necessitaram de suporte ventilatório, oxigenoterapia e assistência fisioterapêutica (92,14%). No total, 55% dos óbitos ocorreram precocemente, sendo o choque séptico a principal causa (40,83%).

14	Complicações locais no cateterismo venoso periférico em neonatos: coorte prospectiva. / 2016	Danski, M.T.R./ Revista eletrônica de enfermagem	A incidência de complicações foi de 41,01%. O sexo feminino apresentou menor risco de desenvolver complicações e nas primeiras 48 horas após punção ocorre maior risco de desenvolver complicação. As evidências resultantes desta pesquisa embasam um cuidado de qualidade, beneficiando a população em estudo.
15	Dificuldades vivenciadas pelas mães na hospitalização de seus bebês em unidades neonatais. / 2017	Zanfolin, L. C. /Psicologia: Ciência e Profissão	Portanto, entende-se que o sofrimento das mães vai além das questões relacionadas à patologia do bebê, sendo necessário investir em estrutura física e em organização adequada para permanência delas, em capacitação das equipes, assim como centrar os cuidados nas famílias, e não só nos pacientes.
16	Estudo da mortalidade de recém-nascidos internados na uti neonatal do hospital geral de Caxias Do Sul, Rio Grande Do Sul. / 2015	Araújo, B.F. *et al.* /Rev. Bras. Saúde Materno Infantil	Ocorreram 184 óbitos, com uma letalidade de 8,2%. A mortalidade dos RN com peso < 1.500 g foi de 29,3%, sendo de 61,3% abaixo de 1.000 g e 5,6% acima de 1.000 g. Os RN com baixo peso e os prematuros apresentaram um risco de morrer quatro vezes maior do que os RN com peso >2.500 g ou a termo. As variáveis relacionadas ao óbito foram o peso < 2.000 g, o Apgar no 5' <4, ausência de pré-natal, necessidade de reanimação em sala de parto e a ventilação mecânica durante a internação. As principais causas básicas de óbito foram as malformações (25,6%), hipertensão materna (17,9%) e as infecções maternas (12,0%). Muitos óbitos ocorreram por falhas no atendimento da gestante e do RN, desafio que precisam ser enfrentados por neonatologistas, obstetras e o poder público.
17	Frequência e características maternas e do recém-nascido associadas à internação de neonatos em UTI no município de Joinville, Santa Catarina – 2012. / 2015	Mucha, F. *et al.* /Rev. Bras. Saúde Materno Infantil	A frequência de internação em UTI neonatal foi de 11,7%. Tinham baixo peso ao nascer, malformação congênita, Apgar de 5º minuto <7, prematuridade, sexo masculino, hospital público, mãe sem companheiro, baixa escolaridade materna e <7 consultas no pré-natal constituíram fatores de risco para internação. As características biológicas dos recém-nascidos associadas à internação em UTI neonatal são passíveis de prevenção, evidenciando a importância da qualificação da assistência à gestante e recém-nascido.

18	Encefalopatia hipóxico-isquêmica: aspectos clínicos de gravidade. /2015	Gois, R.P. & Pinto, F.J.M.; Crisóstomo, S.V./ Pediatria moderna	A amostra contou com 67% de pacientes do sexo masculino, 92% a termo e 64% com peso superior a 2,5 kg. Cerca de 75% tinham registros de reanimação ao nascimento. A crise convulsiva precoce foi a manifestação neurológica mais referida (55%), sobretudo no primeiro dia de vida (70%). A encefalopatia leve foi mais prevalente (45%), seguida pela moderada (41%). As alterações sistêmicas mais registradas foram: infecção sistêmica, acidose metabólica, sangramento, bradicardia e hipoglicemia. A disfagia foi a alteração neurológica mais comum a longo prazo (84%). A classificação neurológica de Sarnat & Sarnat se associa com risco de convulsão, estado de mal convulsivo, hiper-reflexia, hipotonia e necessidade de terapia intensiva.
19	Perfil hematológico de recém-nascidos de uma Unidade de Terapia Intensiva neonatal de Teresina – PI. /2018	Sá, N.E.R./ Revista Eletrônica Acervo Saúde	Prevalência de neonatos do sexo feminino (93,3%) com idade entre 0-3 dias (50%) quando submetidos a realização do hemograma. No eritograma, leucograma e plaquetograma, verificou-se uma tendência a normalidade dos valores encontrados, mostrando alterações nos índices hematimétricos VCM (62%), HCM (68,6%) e RDW (92%), além da prevalência de linfopenia (57,3%). O hemograma do recém-nascido oferece inúmeras informações e sua interpretação pode variar de acordo com a idade e demais características inerentes ao neonato. Entretanto, os valores de referência para essa faixa etária são de difícil obtenção.
20	Fatores relacionados com a mortalidade neonatal em uma unidade de terapia intensiva neonatal na região sul do Brasil. / 2012	Granzotto, J.A.; Fonseca, S.S.; Lindemann, F.L./ Revista da Associação Médica do Rio Grande do Sul	Dos 172 RN internados, 29 faleceram no primeiro mês de vida, caracterizando uma mortalidade neonatal de 16,9%. Destes 29 óbitos, 20 ocorreram na primeira semana de vida (69,2%) e nove entre a primeira e quarta semana. A amostra foi constituída de 75% prematuros; 54% com peso de nascimento inferior a 2500g; 7% apresentaram crescimento intrauterino restrito; 62,1% nasceram de parto operatório; 20,3% apresentaram escore de Apgar menor de 7 no quinto minuto de vida; 30,7% das famílias recebiam menos de 1 salário mínimo e 63,4% das mães não completaram o ensino fundamental. Os principais fatores relacionados com a mortalidade foram: peso de nascimento, idade gestacional, condições de nascimento, idade materna e condições socioeconômicas.

Fonte: elaborado pelo autor, 2020.

3.1. Fatores que predispõem a mortalidade neonatal

A mortalidade neonatal é dividida em dois períodos: neonatal precoce, de 0 a 6 dias de vida, e neonatal tardio, de 7 a 27 dias de vida (BITTENCOURT & GAÍVA, 2014).

Na primeira categoria, identificou-se nos resultados dos estudos um predomínio de baixo peso ao nascer de <1.000 g, prematuridade, parto cesariano, Apgar no 5° minuto <7, não uso de surfactante, ausência de pré-natal, malformações congênitas, pré-eclâmpsia, oligohidrâmnio, hipertensão e infecções maternas, os óbitos ocorreram na primeira semana de vida, foram um dos muitos fatores que predispôs para a mortalidade nos primeiros dias de vida.

A alta proporção de óbitos neonatais no primeiro dia e na primeira semana de vida é uma situação relevante, o que demonstra a relação da mortalidade neonatal com a assistência de saúde dispensada à gestante e ao recém-nascido, e a necessidade de se considerar as ações dirigidas à melhoria dessa assistência (BRASIL, 2011; FRANCA & LANSKY, 2016).

Além disso, a mortalidade neonatal ainda permanece elevada e de difícil redução em muitos países, em especial aqueles em desenvolvimento, com cerca de quatro milhões de óbitos neonatais, sendo três quartos destes ocorridos nos primeiros sete dias de vida, constituindo-se na maioria dos casos em mortes evitáveis ou tratáveis e em uma grande parcela da mortalidade infantil (ROCHA *et al.*, 2011; LAWN *et al*., 2005; BRASIL, 2009).

Em relação aos principais fatores de risco para a ocorrência de prematuridade, vários artigos apontam: histórias de problemas obstétricos (nascimentos de pré-termo anteriores ou abortos tardios), situação socioeconômica desfavorável, mãe solteira, estilo de vida não saudável, baixo peso materno pré-gestacional, história prévia de natimorto, tabagismo na gravidez, ganho de peso materno insuficiente, hipertensão arterial, sangramento vaginal, infecção do trato geniturinário, cinco ou menos consultas no pré-natal, gravidez múltiplas e extremos de idade materna (YAMAGUCHI *et al*., 2014).

Atualmente, cerca de 13 milhões de crianças nascem prematuramente em todo o mundo e o número de partos prematuros tem aumentado nos últimos anos (CARDOSO-DEMARTINI, *et al*., 2011).

Segundo o Ministério da Saúde, as mortes ocorridas na primeira semana de vida apresentaram a menor redução entre os anos de 2000 e 2010 (34%), em relação aos outros componentes da mortalidade infantil. Também, revelaram desigualdades regionais,

apontando o Norte e o Nordeste como as regiões com taxas duas vezes mais elevadas quando comparadas ao Sul (11,5 e 11,6/1000 nascidos vivos contra 5,9/1000 nascidos vivos, respectivamente) (MIRANDA *et al.*, 2017).

Os avanços tecnológicos que ocorreram na neonatologia, nas últimas décadas, trouxeram grandes mudanças na assistência ao recém-nascido, incluindo os de alto risco. Esse acontecimento tem promovido aumento da sobrevida daqueles que nascem prematuros e/ou com baixo peso. Entretanto, a redução da mortalidade neonatal, advinda do avanço tecnológico, acentua a morbidade nessa população em decorrência do elevado tempo de internação que se faz necessário para garantia de sobrevida dessas crianças (CAVALCANTI, *et al*., 2013).

O incremento nacional de políticas de atenção à saúde materno-infantil, bem como o avanço das Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), dos recursos técnico científicos, terapêuticos e humanos nas últimas décadas têm implicado em aumento da sobrevida de crianças cada vez mais prematuras e de baixo peso além das primeiras 24 horas de nascimento, levando ao aumento da demanda de leitos intensivos neonatais em todo país (BRASIL, 2011; SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2012).

3.2. Características maternas associadas à internação de neonatos

O período neonatal pode ser entendido como um momento de grande vulnerabilidade, concentrando-se riscos biológicos, ambientais, socioeconômicos e culturais. Além disso, suas condições de saúde relacionam-se intrinsecamente com às condições de sua genitora (BRASIL, 2011).

Na segunda categoria evidenciaram-se com base nas revisões, as características que estiveram ligadas a internação dos neonatos, foram elas: idade materna entre 20 e 25 anos, casadas, com baixas condições socioeconômicas, possuir doença hipertensiva, ter ocorrência de ruptura prematura, outro fator de internação foi ter consultas inferiores à <7 no pré-natal.

As síndromes hipertensivas podem provocar sérias complicações para a saúde materna, o feto também fica em situação de risco, podendo manifestar restrição do crescimento intrauterino, sofrimento fetal, morte intraútero, baixo peso e prematuridade (ANTUNES, *et al*., 2017).

A melhor forma de controlá-las é mediante detecção precoce e tratamento em uma assistência pré-natal adequada, dirigida para a gravidez de risco. O Ministério da Saúde

preconiza que o mínimo de consultas a serem realizadas no pré-natal é de seis (COSTA, *et al*., 2014).

A ruptura prematura das membranas é considerada uma das três maiores causas de morbimortalidade perinatal associada à prematuridade. Para minimizar os riscos da prematuridade, a conduta expectante é atualmente recomendada, apesar de isoladamente não haver diminuição da incidência de morbidades e mortalidade perinatais. Essa abordagem permite a utilização de antibiótico para prolongar o período de latência e o uso de corticoide para amadurecimento pulmonar fetal (PATRIOTA *et al.*, 2014).

Outro determinante decisivo na gravidez são as condições socioeconômicas, por repercutirem direta ou indiretamente no desenvolvimento intrauterino do feto, no seu peso ao nascer e na duração da gravidez. Quando desfavorável, associam-se frequentemente ao parto pré-termo, à restrição do crescimento intrauterino e ao baixo peso ao nascer (COSTA, *et al*., 2014).

3.3. Cuidados realizados na UTIN que reduzem incidência de óbitos neonatais

A Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) constitui um ambiente terapêutico adequado para tratamento de neonatos de alto risco. Atribui ao cuidado dessa clientela o uso de equipamentos diversificados, equipe capacitada, protocolos específicos e tecnologia de ponta (PICCOLI *et al*., 2012).

O período neonatal ocorre várias adaptações anatômicas, fisiológicas e familiares. Contudo, quando um recém-nascido apresenta condições clínicas de risco à vida, tais como: prematuridade, malformações nos sistemas cardiovascular, gastrintestinal, neurológico e patologias respiratórias, entre outras, ele é submetido à internação em UTIN (NIETSCHE *et al*., 2012).

Na terceira categoria de acordo com as produções, durante a internação, os principais procedimentos realizados foram intubação orotraqueal, cateter central de inserção periférica, hemotransfusão, reanimação cardiopulmonar, suporte ventilatório, oxigenoterapia e uma assistência multiprofissional, esses cuidados associaram-se como fator de proteção e prevenção para o óbito precoce.

A UTIN, por ser um local onde se realizam cuidados intensivos ao recém-nascido de alto risco, pode ser considerada de suma importância para sua recuperação. Conhecimentos científicos possibilitam importantes avanços tecnológicos na área

perinatal, proporcionando a sobrevida a seres cada vez mais imaturos e que há até pouco tempo poderiam ser considerados inviáveis (ROSSETTO *et al*., 2011).

4. CONCLUSÃO

Dessa forma, pelas altas incidências de óbitos neonatais relacionadas às características socioeconômicas, maternas e às patologias desenvolvidas no período gravídico, é imprescindível uma atenção especial na assistência dessa gestante.

O neonato é bastante afetado quando nascido pré-termo, sendo este um dos principais fatores de risco para sua mortalidade nos primeiros dias de vida, por não possuir o peso adequado para sua idade e por precisar de procedimentos invasivos para suporte respiratório entre outros procedimentos.

A morbimortalidade neonatal pode ser evitada se intervinda precocemente, por meio de um pré-natal de qualidade, com as orientações adequadas de todos os cuidados necessários nesse período, enfatizando a importância dos exames e cuidados assistenciais durante esse tempo.

O conhecimento do perfil e características que favorecem a mortalidade neonatal contribui no direcionamento de ações públicas voltadas à prevenção de agravos e a promoção da saúde materna e neonatal.

5. REFERÊNCIAS

ANTUNES, M.B. *et al*. Síndrome hipertensiva e resultados perinatais em gestação de alto risco. Paraná. REME – Revista Mineira de Enfermagem, v. 21, p. 1, 2017.

BITTENCOURT, R.M. & GAÍVA, M.A.A. Mortalidade neonatal precoce relacionada a intervenções clínicas. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 67, p. 195, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Bebês Prematuros. 2017. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/noticias/823-assuntos/saude-para-voce/40775-bebes-prematuros>.Acesso em: 30 mai. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de ações programáticas e estratégicas. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. Vol. 3; Brasília: Ministério da Saúde; 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_recem_nascido_v3.pdf>.Acesso em: 21 mai. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigilancia_obito_infantil_fetal.pdf?exitBundle=1>.Acesso em: 19 mai. 2018.

CARDOSO-DEMARTINI, A.A.C. *et al*. Crescimento de crianças nascidas prematuras. Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia, v. 55, p. 534, 2011.

CAVALCANTI, P.C.S. *et al.* Um modelo lógico da Rede Cegonha. Physis: revista de saúde coletiva. v. 23, p. 1297, 2013.

COSTA, A.L.R.R. *et al*. Fatores de risco materno associados à necessidade de unidade de terapia intensiva neonatal. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, v. 36, p. 2, 2014.

FRANCA, E. & LANSKY, S. Mortalidade infantil neonatal no Brasil: situação, tendências e perspectivas. Anais, p. 1-29, 2016. Disponível em: http://www.abep.org.br/publicacoes/index.php/anais/article/view/1763/1723. Acesso em: 23 mai. 2018.

GALVÃO, C.M. *et al.* Revisão sistemática: recurso que proporciona a incorporação das evidências na prática da enfermagem. Revista Latino-Americana de Enfermagem. v. 2, p. 549, 2012.

LAWN, J.E. *et al.* 4 million neonatal deaths: when? Where? Why? Lancet Neonatal Survival Steering Team, v. 365, p. 891, 2005.

MIRANDA, A.M. *et al*. A influência da tecnologia na sobrevivência do recém-nascido prematuro extremo de muito baixo peso: revisão integrativa. Revista Mineira de Enfermagem, v. 14, p. 435, 2010.

MIRANDA, M.H.H. *et al.* Determinantes associados à mortalidade perinatal e fatores associados. A Revista de Enfermagem UFPE, v. 11, p. 1171, 2017.

SLEUTJES, F.C.M. *et al*. Fatores de risco de óbito neonatal em região do interior paulista, Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, v. 23, p. 2713, 2018.

NIETSCHE, E.A. *et al*. Educação em saúde: planejamento e execução da alta em uma unidade de terapia intensiva neonatal. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, v. 16, p. 809, 2012.

PATRIOTA, A.F. *et al*. Ruptura prematura das membranas antes da 35a semana: resultados perinatais. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, v. 36, p. 296, 2014.

PICCOLI, A. *et al*. Perfil clínico de neonatos de muito baixo peso internados em uma Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal. Revista HCPA, v. 32, p. 412, 2012.

ROCHA, R. *et al.* Mortalidade neonatal e evitabilidade: uma análise do perfil epidemiológico. Revista Enfermagem UERJ, v. 19, p. 114, 2011.

ROSSETTO, M. *et al.* Cuidados ao recém-nascido em terapia intensiva: tendências das publicações na enfermagem. Revista de Ciências da Saúde, v. 23, p. 45, 2011.

Sociedade Brasileira de Pediatria [internet]. Relação do número de leitos de UTI neonatal por 1000 nascidos vivos. Estimativa da necessidade de leitos de UTI neonatal no Brasil. 2012 Disponível em:> http://www.sbp.com.br/pdfs/numero_leitos_uti.pdf <. Acesso em: 20 mai. 2018.

TEIXEIRA, J.A.M. *et al*. Mortalidade no primeiro dia de vida: tendências, causas de óbito e evitabilidade em oito Unidades da Federação brasileira, entre 2010 e 2015. Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde, v. 28, e2018132, 2019.

YAMAGUCHI, M.U. *et al*. Complicações maternas e neonatais em fila de espera da Central de Regulação de Leitos na macrorregião de Maringá. Mundo Saúde, v. 38, p. 197, 2014.

Capítulo 3

TERMINAL IDOSO E O PRINCIPIO DA AUTONOMIA NOS CUIDADOS PALIATIVOS

Fernanda K C Macedo[1], Sabrinna Granja B Damasceno[1], Ana Júlia R S Castro[1], Maria Dara L de Moraes[1], Lyandra S E Melo[2], João Batista C Silva[2], Regina F M Reis[3], Andressa A D Almeida[4], Luanna Sarah Evangelista Melo[5], Antônia S de Jesus Sousa[6], Renato M dos Santos[7]

[1]Discente de Medicina, Universidade Federal do Piauí, Picos/PI.
[2] Discente de Enfermagem, Universidade Federal do Piauí, Picos/PI.
[3] Discente de Nutrição, Universidade Federal do Piauí, Picos/PI.
[4] Discente de Medicina, Centro Universitário São Francisco de Barreiras, Barreiras/BA.
[5] Bacharel em Enfermagem, Universidade Federal do Piauí, Picos/PI.
[6] Docente do Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Piauí, Picos/PI.
[7] Docente do Departamento de Medicina, Universidade Federal do Piauí, Picos/PI.

Palavras-chave: *Cuidados paliativos; paciente terminal; autonomia*.

1. INTRODUÇÃO

A terminalidade da vida é algo irreversível ao homem. Atualmente quando se utiliza o termo “cuidado com a vida humana” já se associa a algo de grande importância perante a sociedade, principalmente em termos da área da saúde (SANTOS *et al.*, 2014). Segundo Schramm, pensar no fim como uma condição que nos constitui como seres vulneráveis nunca foi evidente, existe uma dificuldade de lidar com isso de maneira direta, e apesar da evolução dos cuidados paliativos ainda existem controvérsias, pois por um lado existem grupos que condenam moralmente a morte voluntária, e outros que aceitam e respeitam em condições extremas para que a pessoa possa se libertar do sofrimento (SCHRAMM, 2011).

A maioria dos indivíduos não está preparado para enfrentar a morte e o paciente terminal pode passar por algumas fases durante o processo de descoberta da patologia: negação e isolamento, raiva, barganha, depressão e, por fim, a aceitação. Ainda existem diversas contradições quanto a autonomia do paciente, enquanto para alguns a vida só é

significativa se digna, para outros o direito à vida é, sobretudo, o direito de viver (PAIVA *et al.*, 2014).

Segundo Paiva (2014), pelo olhar da bioética voltada aos pacientes terminais em cuidados paliativos pode ser discutido a eutanásia, a distanásia e a ortotanásia. No Brasil, a eutanásia é considerada prática ilegal, segundo o previsto pela legislação nacional, no art. 121 § 1o do Código Penal (BARBOSA & LOSURDO; 2017). Nos lugares em que sua realização é permitida, a dividem em voluntária, onde o enfermo opina e expressa o seu desejo de morrer; involuntária, que ocorre contra a vontade do mesmo (PAIVA *et al.*, 2014).

A ortotanásia representa a morte natural e, por isso, ao seu tempo. Ela representa uma morte mais digna, elencada em valores humanistas, onde é realizada a pausa na realização de novos procedimentos e existe um foco nos cuidados paliativos, respeitando crenças, valores e o sentido da vida, tentando garantir ao máximo uma boa experiência (LIMA,2015).

A distanásia relaciona-se à uma maneira de prolongar a vida mesmo em pacientes que não possuem chance de cura, dessa forma não existe uma preocupação com a qualidade de vida nem com a opinião do enfermo e muitas vezes os familiares desejam estender a vida de um ente querido mesmo que isso gere sofrimento para o mesmo, pois para eles lidar com a morte é muito mais complexo e de difícil compreensão (SILVA *et al*., 2014).

O príncipio da autonomia garante o direito de autodeterminação, estabelece respeito e liberdade de escolha do paciente (PAIVA *et al.*, 2014). Porém, muitos fatores são questionados, como: até que ponto o enfermo possuí essa autonomia? E, o mesmo lidando com uma doença terminal em um mundo de enfermidade incurável, possuí integridade mental para decidir sobre a própria existência?

Diante desse assunto tão complexo, comum no âmbito saúde, porém ainda com muitas divergências a respeito da temática, esse estudo possui como objetivo analisar a capacidade de autonomia em pacientes terminais idosos sobre os cuidados paliativos.

2. MÉTODO

O presente estudo trata-se de uma revisão integrativa da literatura, um método empregado para fornecer os melhores conhecimentos acerca de um problema, com a finalidade de sintetizar os resultados sobre a questão a fim de fornecer amplas

informações sobre o determinado tema. Realizada por meio das bases de dados online Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), *Scientific Eletronic Library Online* (SciELO) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS). Para a localização dos estudos foram utilizados os seguintes descritores: cuidados paliativos; paciente terminal; e autonomia.

Tal pesquisa foi estruturada nas seguintes etapas: definição de um problema e objetivo norteador, discutir os princípios bioéticos do princípio da autonomia aplicada aos cuidados paliativos do paciente terminal idoso; definição dos critérios de inclusão e exclusão; definição das informações a serem extraídas nos estudos; avaliação e análise crítica; interpretação dos resultados e síntese do estudo. A Figura 1 esquematiza os componentes para a construção da revisão integrativa.

Figura 1. Etapa da revisão integrativa

Fonte: elaborada pelo autor, 2020.

Nessa perspectiva, a avaliação foi realizada sistematizada da seguinte forma: levantamento preliminar dos estudos nas bases de dados; leitura seletiva, definindo sua adequação a partir dos títulos e resumos; leitura analítica, categorizando as informações encontradas nos estudos selecionados anteriormente e priorizando aqueles que são adequados ao objetivo norteador.

Como critérios de inclusão, foram selecionados estudos na língua portuguesa e espanhola, publicados entre 2010 a 2020, na modalidade artigo completo, revisão bibliográfica, dissertação e tese. O critério de exclusão foram os que não se adequavam ao objetivo do trabalho. Inicialmente foram selecionados preliminarmente 43 estudos,

sendo 21 no SciELO e 22 no LILACS. Ao aplicar os critérios de inclusão e exclusão, e leitura seletiva inicial restaram 30 estudos, que após avaliação de seu conteúdo a amostra final foi constituída por 24 artigos. No Quadro 1, observa-se a síntese dos artigos selecionados na amostra final da presente revisão integrativa.

Quadro 1. Síntese dos artigos incluídos na presente revisão integrativa

Nº	Título	Delineamento	Ano	Local do Estudo	Periódico	Base de Dados
1	Princípios dos cuidados paliativos em Terapia Intensiva na perspectiva dos Enfermeiros	Estudo Correlacional Descritivo de corte seccional	2019	Brasil	Revista Cuidarte	SciELO
2	Diretivas antecipadas de vontade em Geriatria	Estudo de Corte Transversal	2018	Brasil	Revista Bioética	SciELO
3	Direito dos pacientes às diretivas antecipadas de vontade	Estudo Transversal e Descritivo	2018	Brasil	Revista Bioética	SciELO
4	Interface do testamento vital com a bioética, atuação profissional e autonomia do paciente	Revisão Bibliográfica	2018	Brasil	Revista de Salud Pública	SciELO
5	Assistência ao doente terminal: vantagens na aplicabilidade as diretivas antecipadas de vontade no contexto hospitalar	Estudo qualitativo, descritivo e exploratório	2017	Brasil	Revista Gaúcha de Enfermagem	SciELO
6	Testamento vital na prática médica: compreensão dos profissionais	Estudo exploratório com abordagem qualitativa	2017	Brasil	Revista Bioética	SciELO
7	Desafios da Implementação das diretivas antecipadas de vontade à prática hospitalar	Estudo qualitativo, descritivo e exploratório	2016	Brasil	Revista Brasileira de Enfermagem	SciELO
8	O testamento vital e a relação médico-paciente na perspectiva da autonomia privada e da pessoa humana	Revisão Literária	2016	Barcelona	Revista de Bioética y Derecho	SciELO
9	De la autonomia personal al consentimento y lasvoluntades antecipadas	Revisão Literária	2016	México	Boletin Mexicano de Derecho Comparado	SciELO

10	Vontades Antecipadas para o fim de vida. Uma abordagem a partir da regulamentação da Colômbia e no direito comparado	Revisão de Direito Comparado	2016	Colom-bia	Revista Latinoam eri-cana de Bioética	SciELO
11	Experiencia de familiares de enfermos com cáncer terminal respecto a lasdecisiones al final de la vida	Estudo de Investigação qualitativa	2016	México	Nova Scientia	SciELO
12	Diretivas antecipadas de vontade aos doentes terminais: revisão integrativa	Revisão integrativa	2015	México	Revista Brasileira de Enfermag em	SciELO
13	O cuidar de enfermagem na terminalidade: Observância dos princípios da bioética	Pesquisa qualitativa	2014	Brasil	Revista Gaúcha de Enfermag em	SciELO
14	O fim da vida: uma questão de autonomia	Revisão Literária	2014	Brasil	Nascer e Crescer	SciELO
15	A caminho da morte com dignidade no século XXI	Artigo de atualização	2014	Brasil	Revista Bioética	SciELO
16	Ética nas decisões sobre o fim da vida – a importância dos cuidados paliativos	Revisão Literária	2013	Portugal	Nascer e Crescer	SciELO
17	Autonomia do idoso e distanásia	Estudo Descritivo de corte transversal	2013	Brasil	Revista Bioética	SciELO
18	Declaração prévia de vontade do paciente terminal: reflexão bioética	Revisão Bibliográfica	2013	Brasil	Revista Bioética	SciELO
19	El Proceso comunicativo en la relación médico-paciente terminal	Revisão Bibliográfica	2010	Chile	Persona y Bioética	SciELO
20	Concepções médica e dos cuidadores familiares diante das diretivas antecipadas de vontade	Estudo qualitativo, descritivo e exploratório	2019	Brasil	Revista de Enfermag em da UFSM	LILACS
21	A bioética e os cuidados com o fim da vida	Artigo de Revisão	2015	Brasil	Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica	LILACS

22	Assistência em cuidados paliativos: o trabalho em saúde no lidar com o processo de morrer.	Dissertação de Mestrado	2013	Brasil	ICICT - Biblioteca de Saúde Pública	LILACS
23	Manifestação das vontades antecipadas do paciente como fator inibidor da distanásia	Estudo descritivo e transversal	2011	Brasil	Revista Bioética	LILACS
24	Autonomia Pessoal e Morte	Revisão Bibliográfica	2010	Brasil	Revista Bioética	LILACS

Fonte: Elaborada pelo autor, 2020.

A partir das informações coletadas da amostra final, a partir da avaliação através de leitura crítica e extrações de informações relevantes, a interpretação dos resultados foi realizada por meio de estudo crítico, comparação com o conhecimento teórico, identificação de conclusões e seu impacto. Assim, foi realizada após análise detalhada dos estudos a síntese dos resultados.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1. A bioética e o conceito de autonomia nos cuidados ao paciente idoso terminal

Conceitua-se o termo "bioética" como "ética da vida", "ética da qualidade de vida", ética biomédica", ou ainda "ética aplicada ao campo da biomedicina e da saúde". Lima *et al*. (2015), revisa que, de acordo com Schramm, pode-se delimitar ainda a bioética da proteção, uma terceira vertente, com os seguintes termos:

> A bioética da proteção (…) tem em vista os conflitos de interesses e de valores que emergem das práticas [humanas] e, para poder dar conta de tais conflitos, (a) se ocupa de descrevê-los e compreendê-los da maneira mais racional e imparcial possível; (b) se preocupa em resolvê-los, propondo as ferramentas que podem ser consideradas, por qualquer agente moral racional e razoável, mais adequadas para proscrever os comportamentos incorretos e prescrever aqueles considerados corretos; e (c) que, graças à correta articulação entre (a) e (b), fornece os meios capazes de proteger suficientemente os envolvidos em tais conflitos, garantindo que cada projeto de vida seja compatível com os demais. (Lima *et al.*, 2015, p. 33)

É uma das preocupações da Bioética as consequências dos avanços da ciência sobre a vida humana. Desse modo, os profissionais devem desenvolver um pensamento bioético e uma atuação de modo correto, profissional e humano, preservando os limites éticos do ser humano (PIRÔPO *et al.*, 2018). Também, conjectura-se como essencial que profissionais, usuários ou seus representantes legais do sistema de saúde assumam as suas responsabilidades ante as questões de valor ligadas à gestão da vida e do corpo, da saúde e da doença (LIMA *et al.*, 2015).

Nesse viés, a filosofia dos cuidados paliativos modernos busca compreender a morte como parte natural da vida e também promover a dignidade no processo da morte. Os Cuidados Paliativos têm como princípios bioéticos fundamentais: beneficência, não maleficiência, justiça e autonomia (KAPPAUN, 2013).

Compreende-se esse último princípio como uma categoria da liberdade, cujo conceito está, necessária e obrigatoriamente, ligado ao exercício da racionalidade (SILVA, 2014). A autonomia remete à autodeterminação na tomada das decisões acerca da própria vida, como na saúde, integridade psicofísica e nas relações sociais. Desse modo, o paciente terminal idoso deve ter garantido o seu direito de escolher e determinar os procedimentos, período e local a que será submetido, assim como a interrupção do tratamento, desde que tenha capacidade de realizar tais decisões.

3.2. Tomada e capacidade de decisão

É inerente ao exercício da autonomia a capacidade de decisão. O indivíduo se torna autônomo com a contribuição de variáveis estruturais biológicas, psíquicas e socioculturais. Entretanto, a sua autonomia é deixada de lado em determinadas situações. No caso do idoso, ele pode ter lucidez suficiente para exercer sua autonomia, mas pode deixar de fazê-lo por motivos como, por exemplo, dependência de ser levado ao médico, falta de recursos do local em que habita, não ter poder aquisitivo para a compra de medicamentos ou de alimentação especial (OLIVEIRA & BARBAS, 2013).

Além disso, alterações físicas, desordens emocionais e mentais podem comprometer a apreciação e a racionalidade das decisões a serem tomadas. Quando a situação de autonomia está reduzida, cabe a terceiros, familiares ou mesmo profissionais de saúde decidirem pela pessoa não autônoma.

Morais concorda com esse fundamento ao afirmar que existem várias características relacionadas à definição de autonomia, porém a que é repetida em maior

frequência diz respeito à racionalidade, tida como capacidade legal de tomar decisões. (MORAIS, 2010). Portanto, o conceito de autonomia implica em algumas concordâncias, tais como: racionalidade, capacidade, independência de controles externos e internos, liberdade de opção e submissão ao seu próprio plano de ação. O seguinte trabalho também revisa que "se não houver entendimento da situação, não haverá autonomia", o que põe, também, como fator fundamental o pleno conhecimento da situação em que o paciente se encontra.

Entretanto, Kappaun aponta que embora a comunicação tenha papel fundamental, nota-se que muitos profissionais incorrem no erro de apresentarem diversas informações às quais o paciente pode não ter capacidade, nem tempo para compreender (KAPPAUN, 2013), ao passo em que Vázquez & Nars constata que pode ocorrer uma "conspiração do silêncio", onde os familiares, diante da dificuldade de lidar com o sofrimento, tentam alterar as informações para o paciente, a fim de ocultar seu diagnóstico, prognóstico e/ou gravidade, mesmo quando o paciente deseja saber o que está acontecendo (VÁZQUEZ & NARS, 2016).

A partir desse fundamento, Scottini *et al.,* elaboram em seu estudo que todos os pacientes com funções mentais preservadas, Miniexame do Estado Mental (MM) ≥ 24, tinham pleno conhecimento do diagnóstico da doença que os acometia e 95% conheciam o prognóstico desfavorável, ao passo em que os paciente com capacidade funcional mental comprometida, MM $\leq$ 24, somente 75% sabiam o diagnóstico e 44% o prognóstico. Além disso, somente 31% dos pacientes com capacidade funcional mental preservada declararam ter conversado com familiares, enquanto nenhum dos participantes do outro grupo mantiveram um diálogo com a família (SCOTTINI *et al.,* 2018).

De acordo com Vázquez & Nars, o paciente ou a família são tomadores de decisão. Ao analisar as informações obtidas na análise das entrevistas nota-se que, pela experiência dos familiares, a maioria das decisões são tomadas pelos pacientes, embora em alguns casos nenhuma decisão foi tomada ou no momento final foi tomada pela família, a depender de como foi apresentado o processo da doença. Ressaltou-se a importância da capacidade cognitiva dos pacientes para exercer a autonomia (VÁZQUEZ & NARS, 2016),

Nesse mesmo estudo, mostra-se que existem dois planos em que são tomadas as decisões: um plano autônomo, em que o paciente toma decisões sobre como irá morrer baseado no seu conhecimento sobre prognóstico e vontade a respeito de tratamentos e

intervenções; e o plano dependente, em que o paciente não deseja conhecer o seu prognóstico, tornando responsabilidade do cuidador e da família a tomada de decisões.

Aponta em seu estudo que 67% de idosos não se declararam favoráveis a que a vida do paciente idoso na presença de doença grave terminal seja mantida "de qualquer jeito", ou seja, acham necessário que as condutas a serem tomadas nessas ocasiões sejam avaliadas levando em consideração a dignidade da pessoa humana em evitar o prolongamento do sofrimento de morrer. Mais do que soluções técnicas, são necessárias atitudes que possam contribuir para dar qualidade de vida ao tempo que resta. Em paralelo a isso, somente 33% consideraram que a vida deveria ser mantida a qualquer curso (OLIVEIRA & BARBAS, 2013).

Tais achados contribuem para o entendimento da importância de materializar os anseios dos idosos em documento do tipo “diretivas antecipadas”, pois a vontade do paciente idosos expressamente documentada facilita a tomada de decisões pela família e equipe de saúde sem desrespeitar a sua autonomia.

3.3. Diretivas Antecipadas de Vontade

As Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV), conforme a Resolução nº 1995/2012 do Conselho Federal de Medicina (CFM), tratam-se de um conjunto de desejos, prévios e expressamente manifestados pelo paciente, sobre cuidados e tratamentos que quer, ou não quer, receber no momento em que estiver incapacitado de expressar, livre e autonomamente, a sua vontade (COGO, 2019).

Diferem-se as DAV em duas espécies: o testamento vital, também denominado declaração prévia de vontade do paciente terminal, e o mandato duradouro (COGO, 2015). O testamento vital é um documento pelo qual o indivíduo pode registrar, de acordo com sua vontade, a quais tratamentos deseja ou não ser submetido em caso de enfermidade incurável, visando a assegurar o seu direito de morrer com dignidade, de acordo com suas concepções pessoais, sendo válido em situações de terminalidade. O mandato duradouro refere-se à nomeação de um ou mais procuradores, com conhecimento profundo do paciente, com capacidade de identificar sua vontade quando ele estiver incapacitado de manifestar sua vontade, é válido inclusive em situações de incapacidade temporária.

O respeito à autonomia do paciente é um dos balizadores das DAV, repercutindo na eliminação do paternalismo médico, ao se defrontar com a possibilidade de facultar ao

paciente a adesão ou não de tratamentos ou de procedimentos no período final da vida (COGO *et al.*, 2019).

Assim, a Resolução desmistifica a cultura que reduz o indivíduo a um paciente que deve aguardar, resignada e submissamente, que deliberações acerca de sua vida sejam tomadas por outros, sem que ele possa se manifestar (COGO & LUNARDI, 2015).

Neste contexto, Moreira ressalta que os profissionais entrevistados em sua pesquisa reconhecem as Diretivas Antecipadas da Vontade como um instrumento que promove a participação mais amplas dos pacientes na tomada de decisões no que concerne à sua saúde: "A participação do paciente no processo de atenção à saúde é almejada desde os mais remotos tempos". Demonstrou também que a morte digna se estabelece no princípio da autodeterminação do doente sobre os tratamentos prescritos a ele, mesmo quando se encontre incapaz de tomar decisões (MOREIRA *et al.*, 2017)

Em caso da impossibilidade de o enfermo se expressar de maneira livre, o médico levará em conta as diretivas antecipadas ou as ponderações de um representante legal, permitindo, assim, que sua vontade seja cumprida. As condutas adotadas devem ser registradas no prontuário. É importante ressaltar, igualmente, que o § 3º da resolução CFM 1.995/2012, explicita que "as diretivas antecipadas do paciente prevalecerão sobre qualquer outro parecer não médico, inclusive sobre os desejos dos familiares". As duas resoluções CFM, 1.805/2006 e 1.995/2012, são avanços substantivos em termos dos cuidados de fim de vida, minimizando a ocorrência de ações que possam desrespeitar a autonomia do paciente, especialmente em um contexto de prolongamento da vida contra a vontade do mesmo; ademais, ambas fornecem diretrizes de como o profissional deve agir quando estiver diante de situação irreversível da doença terminal (LIMA *et al.*, 2014)

Entretanto, há fatores que se mostram problemáticos nessa temática e dificultam a sua aplicação no cenário brasileiro. Nota-se, na pesquisa ministrada por Cogo *et al.* (2019), o receio do cumprimento da DAV, o que repercute na sua aplicabilidade pelos médicos. Além disso, há o temor dos cuidadores familiares pela mudança de opinião, ou seja, a ideia de o ente ter decidido por algo que foi ou está manifestado e que, talvez, não corresponda aos reais desejos dos que se encontram em final de vida (COGO *et al.*, 2019).

Outro aspecto refere-se ao fato que, embora deva ser considerado que as DAV possam melhorar a autonomia pessoal, há dúvidas quanto ao preparo dos profissionais da saúde e/ou cuidadores familiares para introduzir o tema das DAV aos pacientes, além da dificuldade em possibilitar que a ideia da morte esteja em pauta. Soma-se a isto, a incerteza da família ocasionada pela dificuldade na comunicação entre os profissionais

da saúde, familiares e pacientes, além dos erros de diagnóstico e a omissão de informações sobre o estado e o comprometimento da doença aos familiares e paciente.

Na elaboração do viés da dificuldade de aplicação da DAV, o estudo de Scottini e colaboradores demonstra que 69% dos pacientes, mesmo lúcidos e cientes do prognóstico negativo, não foram motivados a efetuar suas DAV. Outrossim, também relatou que nenhum dos profissionais de saúde que os atendiam, incluindo médicos, tinham esclarecido a eles sobre a possibilidade de manifestarem desejos pessoais nos cuidados de fim da vida sob a forma da Diretivas Antecipadas (SCOTTINI *et al.*, 2018).

Por outro lado, Gomes (2018) demonstra que 78% dos entrevistados, entre alunos de medicina, acompanhantes de idosos em ambulatório de geriatria e médicos professores, respondem que não sabem o que são as DAV, 12% sabiam e 10% tem uma ideia do conceito. Destacando os resultados de cada grupo, 97% dos acompanhantes, 62% dos alunos e 77% dos professores não possuíam conhecimento das DAV. Resulta-se que, mesmo entre médicos, ainda há grande desconhecimento sobre o assunto.

As vantagens elencadas demonstram que a aplicabilidade das DAV é fundamental para a autonomia dos doentes. Entretanto, é necessária uma prévia instrumentalização para amparar sua introdução no ambiente hospitalar (COGO *et al.*, 2018). O mesmo posicionamento é tomado por Moreira que conclui em seu estudo a necessidade de criar um dispositivo legal que regulamenta a utilização formal de Testamento Vital no Brasil (MOREIRA *et al.*, 2017).

Cogo *et al.* (2016) afirmam ainda que as limitações apontadas na perspectiva de enfermeiros, médicos e cuidadores familiares dos doentes terminais no contexto hospitalar, reforçam a necessidade de trabalhar essa temática a fim de destituir conhecimentos errôneos e para que a Diretiva Antecipada seja realizada de modo voluntário, sem interferências externas ao paciente e refletindo o desejo de respeitar a sua autonomia no final da vida.

3.4. Os profissionais de saúde, o paciente terminal e a autonomia

De acordo com o estudo de caráter qualitativo de Felix e colaboradores, os enfermeiros participantes revelam o respeito aos princípios da bioética frente aos pacientes no processo de terminalidade, garantindo, sobretudo, uma assistência fundamentada nas necessidades humanas, frente ao princípio da autonomia, esses profissionais garantem aos pacientes, o direito de decidir sobre a sua vida e seus atos.

Tal fator é relevante no cuidado ao paciente terminal, conforme explicitado nos seus depoimentos, estes expõem a vontade de compreender suas vontades e medos, orientar sobre os riscos e respeitar a opinião do paciente (FELIX *et al.*, 2014)

Sob a mesma expectativa, Cogo direciona que, ao reconhecer o estado progressivo e avançado da doença de determinado paciente, há a necessidade de oportunizar a pauta dos seus desejos, para que a sua deterioração e comprometimento da autonomia, não seja prejudicial para as suas decisões, para que assim, os profissionais possam cumprir os seus desejos (COGO, 2019).

Todavia, Kappaun aponta que há um desconhecimento da maioria dos profissionais da saúde quanto à filosofia dos Cuidados Paliativos, o que indica que é uma proposta ainda pouco conhecida e divulgada na sociedade, mesmo entre as pessoas de maior nível de formação acadêmica (KAPPAUN, 2013). Profissionais despreparados praticam uma medicina que subestima o conforto do enfermo com a doença incurável em fase terminal, imponto uma agonia longa e sofrida ao adiar a morte (MORAIS, 2010).

Segundo Cavalcanti (2019), o terceiro e o quarto princípio mais relevantes entre 10 princípios para o grupo de enfermeiros da terapia intensiva entrevistados são "priorizar sempre o melhor interesse do paciente" e "respeitar a autonomia do doente e seus representantes legais". Estes princípios se relacionam com a atitude do enfermeiro para com a família em uma construção que se inicia na admissão do paciente na unidade, com o enfermeiro prestando informações diárias sobre os cuidados prestados e participando também das comunicações de más notícias valendo-se desse vínculo.

A comunicação eficaz é uma das chaves que destrava muitos processos de cuidados, visto que nem sempre as decisões são unânimes, e que permite que os princípios dos cuidados paliativos sejam mais plenamente colocados em prática e vivenciados (CAVALCANTI *et al.*, 2019).

Observa-se uma mudança na relação médico-paciente, pois, para o médico, nos Cuidados Paliativos ao idoso, são diferentes os objetivos priorizados na medicina, tradicionalmente reconhecidos como a cura da doença. No estágio terminal, não se busca a melhoria do doente, ao passo em que este enfrenta a inevitabilidade da morte, em meio às dúvidas e preocupações. A partir desse ponto, a comunicação é fundamental na manutenção dessa relação (GAJARDO-UGAS & LAVADOS-MONTES, 2010).

Comprova-se esse ponto através da análise proposta por Vázquez e Nars:

> O médico deve fornecer informações suficientes e claras para a tomada de decisão, sendo importante que ele atue de acordo com o modelo interpretativo, informando ao paciente sobre a natureza de sua condição e sobre os riscos ou benefícios de cada possível intervenção, o que irá ajudar o paciente a esclarecer e articular seus valores, todavia nem sempre os médicos estabelecem a comunicação adequada ou fornecem informações diagnósticas, portanto, não respeitaram as decisões dos doentes terminais porque não tinham conhecimento das mesmas. Também afirma que "a comunicação é o elemento essencial para uma boa morte. (Vázquez & Nars, 2016, p. 492).

4. CONCLUSÃO

Essa pesquisa buscou demonstrar no decorrer da discussão a respeito da autonomia e da liberdade de escolha do paciente em relação ao enfrentamento da morte, além de analisar como o próprio enfermo, que muitas vezes não tem escolhas, possui integridade mental para lidar com a terminalidade da vida e decidir sobre a própria existência.

Partindo dos princípios bioéticos; ao mesmo tempo que a mesma se ocupa em propor ferramentas que resolvam os conflitos de maneira mais razoável, compreendendo a morte como parte natural da vida e tentando promover dignidade, ela também possui o princípio da autonomia, que remete à autodeterminação na tomada das decisões acerca da própria vida, como na saúde, integridade psicofísica e nas relações sociais.

Em relação a tomada e capacidade de decisão, nota-se que a autonomia está ligada a inúmeros fatores: racionalidade, independência, liberdade de opção e que o paciente precisa ter total conhecimento do diagnóstico para que realmente considere que houve autonomia. Essa situação já aborda o quanto a comunicação tem papel essencial; pois muitos profissionais as vezes não apresentam todas as informações ou os familiares preferem ocultar o real diagnóstico.

Sobre as DAV, estas nada mais são que um conjunto de desejos manifestados pelo paciente sobre seus cuidados e tratamento, onde o paciente pode se expressar através de um documento que registra sua vontade ou nomear procuradores que tenham capacidade de identificar suas vontades quando estiverem incapacitados. Para muitos profissionais esse método permite uma participação mais ampla dos enfermos na tomada de decisões. No Brasil é bastante questionado, pois muitas famílias temem que o ente possa mudar de ideia, além da dificuldade de colocar o conceito morte como pauta e os desafios da

comunicação entre profissionais e familiares. Ademais, profissionais da saúde apontam a ausência de um suporte jurídico às DAV, o que dificulta a sua aplicabilidade.

Em relação aos profissionais de saúde e pacientes terminais, alguns estudos demonstram que os mesmos respeitam os princípios bioéticos em relação a terminalidade e buscam garantir uma assistência baseada nas necessidades, o que tem grande relevância, pois assim é possível compreender as vontades e medos do paciente e orientá-los da melhor maneira possível. Esse tópico ainda possui algumas deficiências, pelo fato de que alguns profissionais ainda desconhecem a filosofia dos cuidados paliativos, dificultando no momento de ofertar conforto ao enfermo, impondo uma agonia longa e sofrida ao adiar a morte.

Sugerimos pela continuidade de pesquisas sobre essa temática pois, apesar dos avanços em relação ao respeito pela autonomia do paciente, aos profissionais de saúde que buscam cada vez mais garantir uma assistência adequada e prestar todas as informações necessárias ao enfermo, para que o mesmo de fato possa utilizar sua liberdade com responsabilidade, apesar de que ainda existem diversas barreiras, desde o preconceito e o medo em lidar com o termo “morte”, a deficiência de conhecimento de alguns profissionais para atuar com os cuidados paliativos e famílias que muitas vezes preferem ocultar o diagnóstico crendo que irá amenizar o sofrimento do ente querido.

5. REFERÊNCIAS

BARBOSA, G.S. & LOSURDO, F. Eutanásia no Brasil: entre o Código Penal e a dignidade da pessoa humana. Revista de Investigações Constitucionais, v. 5, p. 165, 2018.

BARLEM, E.L.D. *et al*. Psycometric characteristics of the Moral Distress Scale in Brazilian nursing professionals. Texto & Contexto - Enfermagem, v. 23, p. 563, 2014.

CAVALCANTI, I.M.C. *et al*. Princípios dos cuidados paliativos em terapia intensiva na perspectiva dos enfermeiros. Revista Cuidart, v. 10, e555, 2019.

COGO, S.B. & LUNARDI, V.L. Diretivas antecipadas de vontade aos doentes terminais: revisão integrativa Revista Brasileira de Enfermagem, v. 68, p. 524, 2015.

COGO, S.B. *et al*. Assistência ao doente terminal: vantagens na aplicabilidade das diretivas antecipadas de vontade no contexto hospitalar. Revista Gaúcha de Enfermagem,v. 38, e65617, 2017.

COGO, S.B. *et al*. Concepções médicas e dos cuidadores familiares diante das diretivas antecipadas de vontade. Revista de Enfermagem da UFSM, v. 9, p. e34, 2019.

COGO, S.B. *et al*. Desafios da implementação das diretivas antecipadas de vontade à prática hospitalar. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 69, p. 1031, 2016.

DE SOUZA LIMA, C.A. Ortotanásia, cuidados paliativos e direitos humanos. Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica, v. 131, p. 14, 2015.

FELIX, Z.C. *et al*. Nursing care in terminality: compliance with principles of bioethics. Revista Gaúcha de Enfermagem, v. 35, p. 97, 2014.

GÓEZ, P.L.B. & CÓRDOBA, A.I.G. Voluntades anticipadas al final de la vida. Una aproximación desde la regulación colombiana y en el derecho comparado. Revista Latinoamericana de Bioética, v. 16, p. 128, 2015.

GOMES, B.M.M. *et al*. Directivas anticipadas de voluntad en geriatría. Revista Bioética. Brasília, v. 26, p. 429, 2018.

KAPPAUN, N R.C. *et al*. Assistência em cuidados paliativos: o trabalho em saúde no lidar com o processo de morrer. Rio de Janeiro, Brasil, 2013. Tese de Doutorado. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/24635>. Acesso em: 18 mai. 2020

LIMA, M.L.F. *et al*. A bioética e os cuidados de fim da vida. Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica, v. 13, p. 296, 2015.

LIMA, M.L.S, REGO S.T.A, SIQUEIRA-BATISTA, R. Processo de tomada de decisão nos cuidados de fim de vida. Revista Bioética, v. 23, p. 31, 2015.

MARTINEZ, S. & LIMA, A. O Testamento Vital e a Relação Médico-Paciente na perspectiva da Autonomia Privada e da Dignidade da Pessoa Humana. Revista. Bioética y Derecho, n. 37, p. 103, 2016.

MATINEZ BULLE GOYRI, V.M. & OLMOS PEREZ, A. De la autonomía personal al consentimiento informado y las voluntades anticipadas. Boletin Mexicano de Derecho Comparado, v. 49, 2016.

MORAIS, I.M. Autonomia Pessoal e morte. Revista Bioética v. 18, p. 289, 2010.

MOREIRA, M.A. *et al*. Testamento vital na prática médica: compreensão dos profissionais. Revista Bioética, v. 25, p. 168, 2017.

NETO, A.D. Ética nas decisões sobre o fim da vida: a importância dos cuidados paliativos. Nascer e Crescer, v. 22, p. 252, 2013.

ORDONEZ VAZQUEZ, N.A. & MONROY NASR, Z. Experiencia de familiares de enfermos con cáncer terminal respecto a las decisiones al final de la vida. Nova scientia, v. 8, p. 492, 2016.

PAIVA, F.C.L. e*t al.* Ética em cuidados paliativos: concepções sobre o fim da vida. Revista Bioética, v. 22, p. 550, 2014.

ROCHA, A.R. *et al*. Declaração prévia de vontade do paciente terminal: reflexão bioética Revista Bioética, v. 21, p. 84, 2013.

SANTOS, D.A. *et al*. Reflexões bioéticas sobre a eutanásia a partir de caso paradigmático Revista Bioética, v. 22, p. 367, 2014.

SCOTTINI, M.A. *et al.* Direito dos pacientes às diretivas antecipadas de vontade. Revista Bioética, v. 26, p. 440, 2018.

Capítulo 4

REPERCUSSÕES PSICOSSOCIAIS DE IDOSOS ABANDONADOS POR FAMILIARES EM UMA INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA

Brunna E S Souza[1], Carlos A Silva[1], Liana D C S Barbosa[2]

[1] Discente de enfermagem, Centro Universitário Santo Agostinho – UNIFSA, Teresina/PI.
[2] Doutora em Biologia Celular e Molecular Aplicada à Saúde. Docente do Centro Universitário Santo Agostinho – UNIFSA, Teresina/PI.

Palavras-chave: *Idoso; instituição de longa permanência; abandono familiar.*

1. INTRODUÇÃO

O envelhecimento é considerado o resultado de influências biológicas, psicológicas e sociais, provenientes das consequências do desenvolvimento. Assim, tem-se observado um aumento relevante na população de idosos, com cerca de 865 milhões, equivalendo a 12,3% de toda população mundial, conforme dados das Organizações das Nações Unidas (2009). Estima-se que até 2050 esse número poderá aumentar para 2,4 bilhões, representando 26,2% da população. Sendo assim, os cuidados com esse público requerem maior atenção da família (ALVES SILVA *et al.*, 2013).

Entretanto, muitos familiares são incapazes de prestar os devidos cuidados à essa parcela da população, o que resulta em abandono e transferência destas responsabilidades às instituições que trabalham com o acolhimento de pessoas abandonadas (CAMARANO, 2020). Neste contexto, surgem as Instituições de Longa Permanência (ILP) que segundo a Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 283, de 26 de setembro de 2005, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) as define como uma moradia de pessoas com idade igual ou maior de sessenta anos, com ou sem suporte familiar, em condição de liberdade e dignidade (BRASIL, 2005).

Em contrapartida, a admissão nas ILPs oferece consequências ao idoso como o desligamento do convívio social e familiar, a imposição a uma nova rotina e o convívio

com pessoas desconhecidas. Tais exigências de adaptação repercutem no idoso sentimentos de angústia, medo, revolta, em que eles quase sempre manifestam o desejo de estarem em casa e com seus familiares (LOPES, 2010).

A associação dessas condições mostra-se crucial para a solidão dos idosos, contribuindo, dessa forma, para o aumento da sua incapacidade funcional, dependência e declínio de sua qualidade de vida. Assim, o processo de institucionalização do idosos faz com que estes externem sentimento de tristeza e melancolia, além da dificuldade de socialização com os outros residentes, acreditando que a sua existência não faz mais sentido.

À vista disso, entende-se que se faz necessária uma análise da condição de vida dos idosos para a identificação e discussão das repercussões causadas à sua saúde mental e física, podendo impactar na sua expectativa de vida, além do desenvolvimento de ações e estratégias que os beneficiem.

Por fim, o objetivo deste estudo refere-se a compreender as repercussões psicossociais do idoso abandonado em uma ILP, ressaltando ainda as alterações psicológicas e sociais vivenciadas por esses idosos.

2. MÉTODO

Realizada uma revisão bibliográfica de caráter descritivo, com abordagem quantitativa, em banco de dados online com a combinação dos descritores: Idoso; instituição de longa permanência e abandono familiar, no período entre 2010 e 2019. As bases de dados utilizadas foram; Repositório do Conhecimento do IPEA, Google Acadêmico e SciELO (*Scientific Electronic Library Online).*

Optou-se pelo desenvolvimento de uma revisão descritiva porque a mesma busca registrar e descrever os fatos analisados sem interferir neles, ou seja, os objetivos são atingidos mediante a análise de autores com referência na temática, não se preocupando com a quantificação dos resultados, mas principalmente com o aprofundamento das ideias adquiridas. Assim, os dados analisados não são numéricos, sendo sua análise realizada de forma subjetiva (FANTINATO, 2015).

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

No banco de dados de bibliotecas eletrônicas Repositório do Conhecimento do IPEA, Google Acadêmico e na *SCIELO* (*Scientific Electronic Library Online)* foram

selecionados 12 artigos a partir dos descritores: idoso; instituição de longa permanência; abandono familiar. A Tabela 1 apresenta a identificação dos artigos selecionados nesta revisão, representando uma síntese do objetivo e resultados de cada produção analisada.

Tabela 1. Estudos utilizados na revisão bibliográfica, 2010-2019

Autor/Ano	Título	Objetivo	Resultado
Freitas *et al*. (2010)	Idosos em instituições de longa permanência: falando de cuidado	Discutir o cuidado dispensado ao idoso que reside em instituição de longa permanência.	Indicaram que os cuidados prestados pelos profissionais, aos idosos, nem sempre correspondem ao que é deles esperado. Ressalta-se a importância de ampliar a discussão sobre instituições de longa permanência e o conceito de cuidado, levando em conta a sociabilidade do idoso e a promoção da sua saúde.
Bentes (2012)	O idoso nas instituições de longa permanência: Uma revisão bibliográfica	Identificar a qualidade de vida dos idosos nas instituições de longa permanência.	Indicam que a institucionalização do idoso é uma questão de extenso debate, uma vez que as ILPs, por um lado, têm a função de proteger e cuidar; por outro, estabelecem uma adaptação do idoso construída em sentimentos de lembranças e de perdas ao romper com elos familiares e sociais.
Oliveira (2012)	Avaliação das condições de saúde de idosos residentes em instituição de longa permanência	Caracterizar os idosos segundo as variáveis sociodemográficas; descrever as condições de saúde dos idosos segundo a Teoria das Necessidades Humanas Básicas (NHB) de Wanda Horta de Aguiar; verificar a associação entre número de sintomas depressivos.	Dentre as Necessidades Humanas Básicas (NHBs), a mais afetada foi a psicobiológica denotou a necessidade de estabelecer estratégias que contribuam para a promoção e a manutenção da independência e autonomia do idoso residente em instituições de longa permanência para idosos (ILPI).
Morais et al. (2012)	Abandono do idoso: instituição de longa permanência	Analisar a origem do abandono dos idosos na Instituição de Longa Permanência	O problema do envelhecimento arrasta consigo a solidão, isolamento e mobilidade, faz-se perceber como o papel das instituições é de grande importância para a qualidade de vida dos idosos.

Moura (2013)	Intervenções psicossociais em instituições de longa permanência para idosos: a ludicidade e suas implicações para a identidade e afetividade: análises de relatos e imagens	Investigou a ludicidade e suas implicações na identidade e afetividade de idosos institucionalizados.	Os resultados mostraram que as ILPs para idosos tendem a cercear essas manifestações e possibilidades de resgate identitário. Persiste uma visão estigmatizada do envelhecimento e da identidade do idoso
Silva *et al.* (2013)	Idosos em instituições de longa permanência: desenvolvimento, condições de vida e saúde	O objetivo deste estudo foi realizar uma revisão integrativa da literatura científica a respeito dos fatores que levam os idosos a se transferirem de seu ambiente familiar para ILPI, assim como suas condições de vida e saúde.	Ressalta-se a necessidade de mudança na orientação da assistência oferecida a esse grupo, além de aprimoramento na qualificação de cuidadores e trabalho em equipe multiprofissional, a fim de favorecer a qualidade de vida dos idosos que vivem nas ILPI.
Aguiar (2013)	Idoso institucionalizado e a caracterização das instituições de longa permanência no estado do Tocantins	O objetivo deste estudo foi determinar o perfil epidemiológico do idoso institucionalizado, delineando os aspectos sociodemográfico, econômico, cultural e de saúde e as enfermidades prevalentes.	Os resultados do estudo sugerem a necessidade de efetivação da política do idoso no Estado, de forma que o poder público exerça seu papel de regulador, fiscalizador e executor das ações dessas instituições, avaliando as condições de seu funcionamento, infraestrutura e dos serviços ofertados, para que o idoso se sinta acolhido e seguro.
Batista (2014)	A percepção do idoso sobre sua vivencia em instituição de longa Permanência	Analisar a percepção do idoso sobre sua vivência em ILPs.	Evidenciaram-se três categorias: a solidão do idoso institucionalizado ocasionada pela ausência familiar; a entrada do idoso na instituição asilar; e as percepções positivas relatadas pelos idosos sobre o abrigo e perspectivas de melhoria.
Porto (2015)	Qualidade de vida dos idosos residentes em instituições de longa permanência no município de Campina Grande.	Avaliar a qualidade de vida dos idosos que vivem em ILPIs de Campina Grande-PB, Brasil.	Em relação ao questionário WHOQOL-Old, os resultados apontam semelhanças nas respostas dos idosos entrevistados nos cinco domínios: funcionamento sensório; autonomia; atividades passadas, presentes e futuras; morte e morrer e participação social. No que diz respeito ao questionário WHOQOL-Bref, os idosos mostraram-se insatisfeitos nos quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e ambientais.

Fagundes et al. (2017)	Instituições de longa permanência como alternativa no acolhimento das pessoas idosas	Tem como objetivo refletir sobre as Instituições de Longa Permanência como alternativa no acolhimento das pessoas idosas brasileiras.	O processo de institucionalização e a vivência do idoso na instituição são elementos de estudo fundamentais para o alcance de um entendimento aprofundado da realidade intrínseca dessa pessoa que está escrevendo o epílogo da sua história de vida.
Silva (2017)	Avaliação dos quadros de depressão em idosos de um centro de convivência e de uma instituição de longa permanência em uma cidade do interior da zona da mata mineira	Identificar a ocorrência de episódios depressivos a partir da aplicação do EDG-15, a fim de comparar se esses índices são distintos em idosos de realidades diferentes, sendo uma amostra de um Centro de Convivência de Idosos e outra de uma ILP para Idosos em uma cidade do interior da Zona da Mata mineira.	Os resultados apontam que é expressivo o índice de depressão entre idosos, o que pode afetar diretamente na qualidade de vida dessas pessoas, e que existe uma disparidade entre os grupos pesquisados: os idosos institucionalizados compõem o grupo de maior risco, no qual 50% da amostra mostrou-se suscetível à patologia.
Tier (2016)	Depressão em idosos residentes em uma instituição de longa permanência (ILP): identificação e ações de enfermagem e saúde	Identificar a depressão; propor ações de enfermagem e de saúde que poderão ser realizadas para minimização e/ou prevenção de sinais e sintomas de depressão em idosos residentes em uma ILP.	Percebeu-se que este trabalho tem contribuído para que ocorram algumas mudanças na vida e rotina dos idosos pesquisados. As ações de saúde e enfermagem foram propostas com intuito de ajudar os idosos a melhorar sua saúde física e mental, bem como proporcionar que participassem de algumas atividades de recreação. Desta forma, constata-se, que as atividades implementadas já estão proporcionando aos idosos, alegria, participação e convívio social com outras pessoas.

Fonte: Bancos de Dados, 2020.

Quanto à abordagem metodológica, a que mais se destacou foi a qualitativa com 66% seguida da quantitativa e da revisão integrativa com percentuais iguais a 17% nos artigos publicados, expostas na Tabela 2 observando a distribuição das produções científicas segundo as variáveis: ano, abordagem metodológica.

Tabela 2. Distribuição das produções científicas segundo as variáveis: ano, abordagem metodológica

Ano		
2010	1	10%
2012	3	10%
2013	3	10%
2014	1	10%
2015	1	10%
2016	1	10%
2017	2	10%
Abordagem metodológica		
Quantitativa	2	17%
Qualitativa	8	66%
Revisão integrativa	2	17%

Fonte: Bancos de Dados, 2020.

Os artigos revisados tiveram seus conteúdos categorizados. No Quadro 1, serão apresentados e discutidos os focos de estudo em análise.

Quadro 1. Distribuição dos artigos segundo o foco do estudo

FOCO DO ESTUDO	IDENTIFICAÇÃO DOS ARTIGOS
Arcabouço conceitual de classificação da figura do idoso	Freitas et al., (2010), Fagundes (2017)
Variações fisiológicas do envelhecimento	Oliveira (2012), Silva et al., (2013), Aguiar (2013), Porto (2015)
Aspectos Geradores de Significados de Comportamentos	Bentes (2012), Porto (2015), Tier (2016), Morais (2012), Batista (2014), Silva (2017).

Fonte: elaborado pelo autor.

3.1. Arcabouço conceitual de classificação da figura do idoso

O estudo realizado por Freitas *et al.* (2010) observou-se que existem algumas características da velhice: dentre elas uma saúde mais fragilizada, as doenças são mais constantes, há uma dependência maior, necessitando de maior atenção de outras pessoas

e ocorre a incapacidade de realizar determinadas tarefas que antes podia realizar, mas que na terceira idade, assim como é conhecida, não consegue mais pelas limitações físicas e cognitivas adquiridas. Portanto, requer maior atenção nessa fase da vida

Para Fagundes et al., (2017), conforme observado em sua pesquisa, viver em uma instituição para idosos sem ter o que, durante muito tempo, lhe foi familiar, como o trabalho, os amigos, a família, é muitas vezes um exercício para a reconstrução de uma história diferente. Referem que idosos residentes em Instituições Permanentes, por estarem afastados do ambiente em que construíram suas vidas, têm saudades e desejos, advindos da exclusão e da limitação de viver uma nova situação.

3.2. Variações fisiológicas do envelhecimento

Oliveira (2012) descreve que as variações fisiológicas mais afetadas no processo de envelhecimento são as psicobiológicas, que impossibilitam maiores interações do idoso com os demais colegas e residentes nessas instituições. Essas alterações são chamadas de Necessidades Básicas Humanas que são universais e comuns a qualquer ser humano e varia de um indivíduo para o outro. Desta forma, faz-se necessário traçar estratégias que possam contribuir para a promoção e manutenção da independência e autonomia dos idosos.

Neste ínterim, Silva et al., (2013) advoga a necessidade de mudança na orientação da assistência oferecida a esse grupo, pelas alterações sofridas durante esse período, pois o idoso tem sido visto por seus familiares como uma pessoa improdutiva e pouco tem sido feito para mudar essa representação social. Assim, há a necessidade de profissionais qualificados (cuidadores) que estejam preparados para o trabalho com esse público alvo, além de uma equipe multiprofissional que atenda todas as necessidades encontradas, garantindo assim qualidade de vida do idoso participante das ILPIs.

Assim, segundo Aguiar (2013), há a necessidade de efetivação da política do idoso, de forma que o poder público exerça seu papel de regulador, fiscalizador e executor das ações dessas instituições, avaliando as condições de seu funcionamento, infraestrutura e dos serviços ofertados, para que o idoso se sinta acolhido e seguro. Assim, por meio das medidas enfatizadas acima, a assistência aos idosos será vislumbrada com qualidade, atendendo de forma significativas os problemas enfrentados nessas instituições.

Dessa forma, Porto (2015) acorda que existem cinco domínios enfrentados pelos idosos: funcionamento sensório; autonomia; atividades passadas, presentes e futuras;

morte e morrer, e participação social, percebendo também algumas insatisfações presentes no período de envelhecimento, sendo estas, físicas, psicológicas, relações sociais e ambientais. Tais observações servem de foco na busca de melhores estratégias para alcançar resultados significantes no cuidado com os idosos.

3.3. Aspectos geradores de significados de comportamentos

No que se refere aos aspectos geradores de significados, Porto (2015) considera que "o mundo de uma Instituição de Longa Permanência é o ambiente de geração de significações que vai constituir um sistema de significados, rico em simbolismos de rotinas, de costumes, de crenças, de rituais". Salienta ser necessário saber ouvir, observar e interpretar o comportamento e sentir do idoso nas diferentes experiências do seu quotidiano.

Tier (2016) considera os aspectos geradores de significados, como o afeto nas relações é a base da vida, e que construímos nosso mundo a partir dos laços afetuosos que construímos com o outro. A autora compara o afeto e o amor, metaforicamente, à ação de uma cola, ou seja, que une duas ou mais partes, sentido atribuído às pessoas através de sentimentos construtivos de amor e afeto.

Morais (2013) enfatiza alguns problemas recorrentes aos processos comportamentos do idoso nas primeiras semanas de vivencia nas Instituições de Longa Permanência, destacando a solidão, o isolamento e a mobilidade como fatores negativos para a qualidade de vida do idoso. Nesse contexto, Silva (2017) descreve que o índice de depressão entre idosos é elevado, afetando expressivamente na qualidade de vida desse público. Em sua pesquisa apresentou que esse é o grupo de maior risco suscetível à patologia.

Através de Bendes (2012) observou-se que as ILPs, mesmo tendo o objetivo de proteger e cuidar dos idosos abandonados por seus familiares, ainda são motivos de controvérsias, pois necessitam da adaptação do idoso ao ambiente. Porém, essa adaptação traz alguns prejuízos, como perdas de lembranças dos familiares, devido ao rompimento que deve ser realizado entre o idoso e a família. Assim, percebe-se alguns reflexos do abandono familiar causado aos idosos.

Por meio de Batista (2014) verificou-se que as principais repercussões psicossociais encontradas em idosos abandonados por familiares em Instituições de Longa Permanência referem-se principalmente a solidão do idoso; a entrada do idoso na

instituição asilar, demonstrando a falta de responsabilidade da família com o idoso, afetando o psicológico do abandonado.

4. CONCLUSÃO

Por meio do presente estudo, pôde-se perceber a compreensão sobre as repercussões psicossociais do idoso abandonado em uma ILP e como estas alteram a qualidade de vida dos mesmos. Observamos que os fatores que levam um idoso a se transferir de seu ambiente familiar para uma ILP são variados, desde por escolha própria até por imposição da família. Esses idosos sofrem desafeto, abandono e agressões na família, possuem implicações negativas em sua vida, como fragilidade social, decréscimo da saúde psicológica e funcional, diminuição da qualidade de vida e envelhecimento mal sucedido.

Psicologicamente, o idoso que não está integrado à sua família, habitualmente apresenta sentimentos negativos como baixa autoestima, provocando rebaixamento do humor, sintomas depressivos ou até mesmo a depressão, além da redução de condutas de promoção à saúde, implicando o estado geral de saúde, por conseguinte, a qualidade de vida.

Porém, alguns artigos a qual apontam os idosos em que a família desempenha suporte social na forma de amor, apreço, atenção e amparo desenvolvem bem-estar, promovendo sentido e vontade de viver, menores serão os impactos do estresse, ansiedade, adversidades do cotidiano, promovendo qualidade de vida e equilíbrio psicológico a esses indivíduos

Desta forma, a família desempenha papel fundamental para a manutenção do equilíbrio mental do idoso. Deste modo, é importante que haja afeto dentro do ambiente familiar para que os cuidados ao geronte não se torne um peso, uma obrigação, pois o envelhecimento demanda mais cuidado, amor, atenção e afeto.

Assim, o processo de institucionalização dos idosos faz com que estes externem sentimento de tristeza, de melancolia, de falta de interesse para o desenvolvimento de atividades diárias, além da dificuldade de socialização com os outros residentes, alterações no estado de humor e ânimo pela vida, em que a sua existência não faz mais sentido.

Portanto, entende-se que se faz necessária uma análise da condição de vida idosa para a identificação e discussão das repercussões causadas à sua saúde mental e física,

podendo impactar na sua expectativa de vida, além do desenvolvimento de ações e estratégias que os beneficiem.

5. REFERÊNCIAS

AGUIAR, M.A. Idoso Institucionalizado e a Caracterização das Instituições de longa Permanência no Estado do Tocantins. Disponível em: https://bdtd.ucb.br:8443/jspui/bitstream/123456789/1173/1/Marleide%20Alexandre%20Aguiar.pdf. Acesso em: 25 fev. 2020.

BATISTA, M.R.F.F. *et al.* A percepção do idoso sobre sua vivencia em instituição de longa Permanência. Revista de Enfermagem UFPE, v. 8, p. 1988, 2014.

BENTES, A.C.O. O idoso nas instituições de longa permanência: uma revisão bibliográfica. Aletheia, n. 38, p. 196, 2012.

BRASIL. Resolução de Diretoria Colegiada. RDC nº 283, de 26 de setembro de 2005. Aprova o Regulamento Técnico que define normas de funcionamento para as Instituições de Longa Permanência para Idosos, de caráter residencial. Disponível em: https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2014/10/rdc-283-2005.pdf. Acesso em: 25 fev. 2020.

CAMARO A.A. Cuidados para a população idosa e seus cuidadores: demandas e alternativas. Ipea, nº 64, 2020. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=35503:nota-tecnica-2020-abril-numero-64-disoc-cuidados-para-a-populacao-idosa-e-seus-cuidadores-demandas-e-alternativas-&catid=437:publicacoes-coronavirus&directory=1. Acesso em: 25 fev. 2020.

FAGUNDES, K.V.D.L. *et al.* Instituições de longa permanência como alternativa no acolhimento das pessoas idosas. Revista de Saúde Pública, v. 9, p. 210, 2017.

FANTINATO, M. Métodos de pesquisa. São Paulo, 2015. Disponível em: http://each.uspnet.usp.br/sarajane/wp-content/uploads/2015/09/M%C3%A9todos-de-Pesquisa.pdf. Acesso em: 25 fev. 2020.

FREITAS, A.V.S. *et al.* Idosos em instituições de longa permanência: falando de cuidado. Comunicação Saúde Educação, v. 14, p. 359, 2010.

LOPES, M. G. Imagens e estereótipos de idoso e envelhecimento, em idosos institucionalizados e não institucionalizados. Disponível em: https://ubibliorum.ubi.pt/handle/10400.6/2500. Acesso em: 25 fev. 2020.

MORAIS, E.C. *et al.* Abandono do idoso: instituição de longa permanência. Ciências & Saúde, v. 2, p. 26, 2012.

MOURA, I.F.C. Intervenções psicossociais em instituições de longa permanência para idosos: a ludicidade e suas implicações para a identidade e afetividade: análises de relatos e imagens. Disponível em: https://www.ufsj.edu.br/portal2-repositorio/File/ppgpsi/Publicacoes/Dissertacoes/Ivania%20Fatima%20de%20Carvalho%20Moura.pdf. Acesso em: 20 mar. 2020.

OLIVEIRA, P.B. Avaliação das condições de saúde de idosos residentes em instituição de longa permanência. Disponível em: http://bdtd.uftm.edu.br/handle/tede/162. Acesso em: 20 mar. 2020.

PORTO, P.R. Qualidade de vida dos idosos residentes em instituições de longa permanência no município de campina grande / paraíba. Disponível em: http://dspace.sti.ufcg.edu.br:8080/jspui/handle/riufcg/8513. Acesso em: 20 mar. 2020.

SILVA, J.D.A. *et al.* Idosos em instituições de longa permanência: desenvolvimento, condições de vida e saúde. Psicologia: Reflexão e Crítica, v. 26, p. 820, 2013.

SILVA, T.A. Avaliação dos quadros de depressão em idosos de um centro de convivência e de uma instituição de longa permanência em uma cidade do interior da Zona da Mata mineira. Revista Científica da Faminas, v. 12, p. 52, 2017.

TIER, C.G. Depressão em idosos residentes em uma instituição de longa permanência (ILP): identificação e ações de enfermagem e saúde. Disponível em: http://repositorio.furg.br/handle/1/6645. Acesso em: 20 mar. 2020.

TYBEL, D. O que é Fins da Pesquisa Descritiva? Disponível em: https://guiadamonografia.com.br/pesquisa-descritiva/ Acesso em: 20 mar. 2020.

Capítulo 5

ENDOMETRIOSE E INFERTILIDADE SINAIS E SINTOMAS PARA O DIAGNÓSTICO: REVISÃO NARRATIVA

Juliana Do N Sousa[1], Amanda K M Resende[2], Cristiana P Oliveira[3], Maria C S Fonseca[1], Luana A De Carvalho[1], Vitor K De M Alves[1], Gisele C A Nascimento[4], Vanessa L Lira[5], Kauan G De Carvalho[5], Ellen E S Ribeiro[6], Camylla B M Lima[7], Fabrícia A Prudêncio[8]

[1] Graduando em Enfermagem pela Universidade Estadual do Piauí – UESPI. Teresina/PI.
[2] Graduada em Enfermagem pela Universidade Estadual do Piauí – UESPI. Residente em Enfermagem Obstétrica pela Universidade Federal do Piauí – UFPI. Teresina/PI.
[3] Especialista em Saúde da Família pela Universidade Federal do Piauí – UFPI, Teresina/PI.
[4] Graduada em Farmácia pela CHRISFAPI. Residente em Saúde da família/Atenção Básica pela Universidade Federal do Piauí – UFPI, Parnaíba/ PI.
[5] Graduação em Enfermagem pela Universidade Estadual do Piauí – UESPI, Teresina/PI. Residente em Atenção Básica/Saúde da Família. Universidade Federal do Piauí-UFPI. Parnaíba/PI.
[6] Graduanda de Enfermagem da Universidade Federal do Piauí - UFPI, Teresina/PI.
[7] Graduanda de Enfermagem da faculdade Pitágoras – ICF, Teresina/PI.
[8] Mestre em Enfermagem Pela Universidade Federal do Piauí – UFPI, Teresina/PI. Professora Efetiva do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual do Piauí –UESPI, Teresina/PI.

Palavras-Chave: *Endometriose; saúde da mulher; infertilidade.*

1. INTRODUÇÃO

A endometriose é a localização de partes do tecido endometrial em áreas fora do âmbito normal, sendo os locais mais frequentes de se encontrar peritônio pélvico, nos ovários e septo retovaginal (NÁCUL & SPRITZER, 2010). É valido pontuar que a endometriose afeta 5 a 15% nas mulheres durante o ciclo reprodutivo e cerca de 3% na pós-menopausa (MARQUI, 2016).

Os fatores que causam a endometriose ainda não foram bem definidos, no entanto há um fator que deve ser levado em consideração: o número de menstruações. Atualmente, as mulheres menstruam cerca de 400 vezes na vida ao passo que no século passado só menstruavam 40 vezes. Tal situação remete a algumas condições como

menarca tardia, gravidez precoce, grande número de filhos e extensos períodos de amamentação (BARBOSA & OLIVEIRA, 2015).

Ademais, essa é uma patologia que depende do estrogênio, tendo correlação com a quantidade de menstruações, e está associada a diminuição ou ausência da progesterona na gravidez e na amamentação (BARBOSA & OLIVEIRA, 2015). A presença dos sintomas da endometriose carrega consigo uma série de prejuízos tanto emocionais por sofrer dores fortes, usar medicamentos ou até mesmo arriscar o método cirúrgico, como também nas relações sociais (MINSON *et al*., 2012).

No que tange à fecundidade, a endometriose causa efeitos variáveis. Mulheres que apresentam a patologia e não tratam, possuem taxa de fecundidade entre 2 a 10%. Em situações mais graves, em que a endometriose é avançada, a infertilidade é atrelada à distorção da anatomia de estruturas pélvicas acarretando danos à função tubária (CACCIATORI & MEDEIROS, 2016).

Diante do exposto, o trabalho objetivou conhecer os sinais e sintomas para o diagnóstico de endometriose e sua relação com a infertilidade, respondendo à questão norteadora: "Quais os sinais e sintomas para o diagnóstico de endometriose e sua relação com a infertilidade?".

2. MÉTODO

O estudo trata-se de uma revisão narrativa, no qual a seleção dos trabalhos foi realizada nos meses fevereiro, março e abril de 2019 através das principais bases de dados disponíveis, entre elas MEDLINE (*Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*), LILACS (Literatura Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde) e BDENF (Base de Dados de Enfermagem) (KARINO & FELLI, 2012).

Foram utilizados os descritores: "Endometriose", "Mulheres" e "Infertilidade" com o operador *booleano* "AND" sendo encontrados 108 artigos. Os critérios de inclusão: textos completos e gratuitos, temática, idioma português, espanhol e inglês e, publicados nos últimos 5 anos (2015 até 2019), totalizando 30 artigos. Critérios de exclusão: artigos repetidos ou não se adequavam ao objetivo do trabalho ou não acesso gratuito, não foram excluídos artigos de revisão, restando para estudo 7 artigos. As análises das publicações ocorreram de março a abril de 2019, onde foi realizado todo o levantamento.

Os estudos encontrados e que se adequavam aos critérios e objetivos propostos foram analisados e categorizados conforme as características comuns, sendo divididos

em duas categorias temáticas: Sinais e sintomas diagnósticos de endometriose e infertilidade e Experiência na vida de mulheres com endometriose e infertilidade.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dentre os 7 artigos selecionados, existe o predomínio de publicações no ano de 2015 com quatro publicações, 2016 com duas, 2019 com uma e 2017 e 2018 sem nenhuma. O país com maior produção científica foi o Brasil, com cinco. Em relação, a língua predominou o Português com quatro, seguido de inglês com duas e espanhol com uma.

Quanto ao tipo de estudo temos a seguinte classificação: revisão com quatro e experimental e observacional transversal com três produções. Observou-se que a maioria dos estudos foram realizados no Brasil, com predomínio para o estado de São Paulo.

Por fim, os estudos foram agrupados em duas categorias temáticas por similaridade em seus conteúdos e por facilitar a interpretação dos resultados da revisão, são elas: Sinais e sintomas diagnósticos de endometriose e infertilidade e Experiência na vida de mulheres com endometriose e infertilidade.

3.1. Sinais e sintomas diagnósticos de endometriose e infertilidade

A endometriose pode ser descoberta através da anamnese, exame físico e exames complementares como, por exemplo, a ultrassonografia. Quando há a expressão de sintomas, a mulher pode apresentar danos físicos e emocionais devido a fatores como cirurgia, medicação, diminuição das jornadas laborais e comprometimento das relações afetivas. Cerca de 15% da população feminina é assintomática, todavia é possível o surgimento de sintomas. A dor pélvica é mencionada em 40% dos casos, dismenorreia e dispareunia em 40% a 60% e a infertilidade é presente em 5 a 50% dos casos. Esses ainda podem ser associados a sintomas intestinais e urinários (OLIVEIRA *et al*., 2015).

Consoante a Sousa *et al.* (2015), há sintomas que demoram um pouco para indicar um diagnóstico e esses podem indicar, por exemplo, a endometriose intestinal. Esta pode ocasionar dor no abdômen, constipação, estenose intestinal, além de dor, sangramento e sensação de pressão ao evacuar. Tais sintomas podem ser confundidos com outras doenças promovendo, assim, um atraso no diagnóstico. Ainda há a endometriose de trato

urinário. É rara e apresenta-se de forma inespecífica com sintomas como hematúria, disúria e infecções urinárias repetidas.

Os métodos de diagnóstico da endometriose têm sensibilidade de 50% dos casos com evolução mínima ou leve. Quando existe suspeita são realizadas análises das lesões e estas são classificadas em estágios de desenvolvimento. Os estágios são mínimo (estágio I), leve (estágio II), moderado (estágio III) e grave (estágio IV). No entanto, é preciso ressaltar que nem sempre os estágios têm ligação com os sintomas experimentados pelas pacientes, haja vista que em estágios leves elas também podem apresentar sintomas severos (ESQUIVEL *et al.,* 2015).

Atrelado a isso, há a técnica de laparoscopia diagnóstica que é um exame mais completo e muito usado para diagnosticar a endometriose em conjunto com a avaliação da paciente. Apesar de não ser um exame utilizado inicialmente, como o ultrassom transvaginal, tem sido importante na investigação de fator tubo-peritoneal, ou seja, ela proporciona uma avaliação panorâmica da anatomia pélvica permitindo a elucidação de casos como obstrução tubária e endometriose, além de permitir uma intervenção imediata com base nos achados (YELA *et al*., 2016).

3.2. Experiência na vida de mulheres com endometriose e infertilidade

No que concerne à infertilidade, a endometriose pode ser relacionada de quatro formas: inflamação crônica, distorção tubo peritoneal, variações hormonais e redução da reserva ovariana (HAYDARDEDEOGLU, 2015). Um aspecto que deve ser levado em consideração nesse processo é a condição emocional das mulheres. Fatores como ansiedade, angústia, depressão e estresse podem agravar os outros sintomas que a mulher já esteja vivenciando (SOUSA *et al.,* 2015).

No estudo de Florentino *et al*. (2019), houve a aplicação de questionário sobre os sintomas da endometriose e suas consequências na qualidade de vida das mulheres. Sintomas que afetam a vida pessoal e sexual das pacientes tiveram maior impacto na qualidade de vida (QV). Segundo citação do referente estudo, a dispareunia é a maior responsável pelo comprometimento da QV. Outro ponto abordado foi a correlação entre dispareunia e dismenorreia, reiterando a dor como aspecto negativo na vida das pacientes e na atividade sexual, além de acometer a capacidade reprodutora das mulheres com endometriose.

Ademais, Silva *et al*. (2016) reiteram a influência da dor e da infertilidade na vida da mulher em diversas repartições como no âmbito conjugal, social, profissional ou reprodutivo. Algumas mulheres podem apresentar quadros de depressão e ansiedade, de forma conjunta ou não, aliados a humor deprimido, redução do interesse sexual, perda ou ganho de peso, insônia, agitação ou atraso psicomotor, fadiga e outros (SILVA *et al*., 2016).

Dentro dessa perspectiva, é necessário observar o lado psicológico dessas mulheres, uma vez que elas se encontram em uma situação delicada e que pode interferir na concretização de projetos de vida como a maternidade e ainda ocasionar o surgimento de instabilidades na esfera pessoal e social, alterações psicológicas e desestabilização emocional. Assim, é pertinente abranger essa parte da temática mediante as proporções que a endometriose acarreta que vão além das alterações biológicas.

4. CONCLUSÃO

Diante do exposto, é possível perceber que a endometriose afeta o físico e o psicológico da mulher, logo é necessário um aprimoramento dos exames e uma maior diversificação destes para um diagnóstico precoce e consequentemente um tratamento rápido e eficaz para a endometriose e a infertilidade decorrente da patologia.

5. REFERÊNCIAS

BARBOSA, D.A.S. & OLIVEIRA, A.M. Endometriose e seu impacto na fertilidade feminina. Saúde & Ciência em Ação, v. 1, p. 43, 2015.

CACCIATORI, F.A. & MEDEIROS, J.P.F. Endometriose: uma revisão da literatura. Revista de Iniciação Científica, v. 13, 2016.

ESQUIVEL, A.L. *et al*. Epigenética de la endometriosis y su perspectiva terapéutica en el marco de un sistema integral de atención de la infertilidad: revisión y propuesta de investigación. Medicina UPB, v. 34, p. 61, 2015.

FLORENTINO, A.V.A. *et al*. Avaliação da qualidade de vida através do questionário Endometriosis Health Profile (EHP-30) antes do tratamento da endometriose ovariana em mulheres Brasileiras. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, v. 41, p. 548, 2019.

HAYDARDEDEOGLU, B. & ZEYNELOGLU, H.B. The impact of endometriosis on fertility. Women's health, v. 11, p. 619, 2015.

KARINO, M.E. & FELLI, V.E. A. Enfermagem baseada em evidências: avanços e inovações em revisões sistemáticas. Ciência, Cuidado e Saúde., v. 11, p. 11, 2012.

MARQUI, A.B.T. Endometriose: do diagnóstico ao tratamento. Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde, v. 3, 2016.

MINSON, F.P. *et al*. Importância da avaliação da qualidade de vida em pacientes com endometriose. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, v. 34, p. 11, 2012.

NÁCUL, A.P. & SPRITZER, P.M. Aspectos atuais do diagnóstico e tratamento da endometriose. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, v. 3, p. 298, 2010.

OLIVEIRA, R. *et al*. Perfil epidemiológico das pacientes inférteis com endometriose. Reprodução & Climatério, v. 30, p. 5, 2015.

SILVA, M.P.C. *et al*. Depressão e ansiedade em mulheres com endometriose: uma revisão crítica da literatura. Interação em Psicologia, v. 2, 2016.

SOUSA, T.R. *et al*. Prevalência dos sintomas da endometriose.: Revisão Sistemática. CES Medicina, v. 29, p. 211, 2015.

YELA, D.A. *et al*. Prevalence of factors associated with infertility in infertile women undergoing diagnostic laparoscopy. Reprodução e Climatério, v. 31, p. 159, 2016.

Capítulo 6

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO CONTROLE DA DOR EM PACIENTES ONCOGERIÁTRICOS

Sara R S Pinto[1], Maria A V Magalhães[2]

[1] Discente de Enfermagem, Centro Universitário Santo Agostinho, Teresina/PI.
[2] Docente de Enfermagem, Centro Universitário Santo Agostinho, Teresina/PI.

Palavras-chave: *Câncer; assistência de enfermagem; idoso.*

1. INTRODUÇÃO

É considerado idoso o indivíduo com idade igual ou superior a 65 anos, nos países desenvolvidos, e 60 anos ou mais nos países em desenvolvimento. O envelhecimento é determinado pelo acúmulo de danos celulares e moleculares que acarreta perda gradual nas reservas fisiológicas e aumento do risco de adquirir doenças além de declínio da capacidade individual (OMS, 2015).

Segundo o Instituto do Câncer do Estado de São Paulo – ICESP (2016), durante o processo de organização celular pode ocorrer o surgimento de uma desordem, que se assinala na propagação acelerada das células, denominada tumor ou neoplasia, podendo ser benigna ou maligna. Quando adota caráter maligno denomina-se câncer. O câncer é associado a mais de 100 distúrbios, com a probabilidade de alcançar vários órgãos.

A incidência crescente de casos de câncer tem ocasionado uma transformação no perfil epidemiológico da população, seja pelo aumento da exposição aos fatores cancerígenos, pelo envelhecimento populacional como também pela elevação do número de óbitos por câncer (BATISTA *et al.*, 2015).

A ocorrência de novos casos de câncer é superior em indivíduos com mais de 65 anos, que estão entre as maiores vítimas fatais da doença, representando cerca de 70% dos casos de mortes por neoplasias malignas (ANTUNES *et al*., 2015).

A realização dessa pesquisa se justifica pela importância do enfermeiro em promover uma assistência integral a estes idosos ao compreender as suas subjetividades no convívio com a dor oncológica. Poderá também trazer contribuições para a melhor prática de enfermagem fundamentada em evidências para uma avaliação e tratamento eficaz deste sintoma.

O presente estudo teve como objetivo identificar na literatura os principais tratamentos e intervenções utilizados pelo enfermeiro para o controle da dor em pacientes oncogeriátricos.

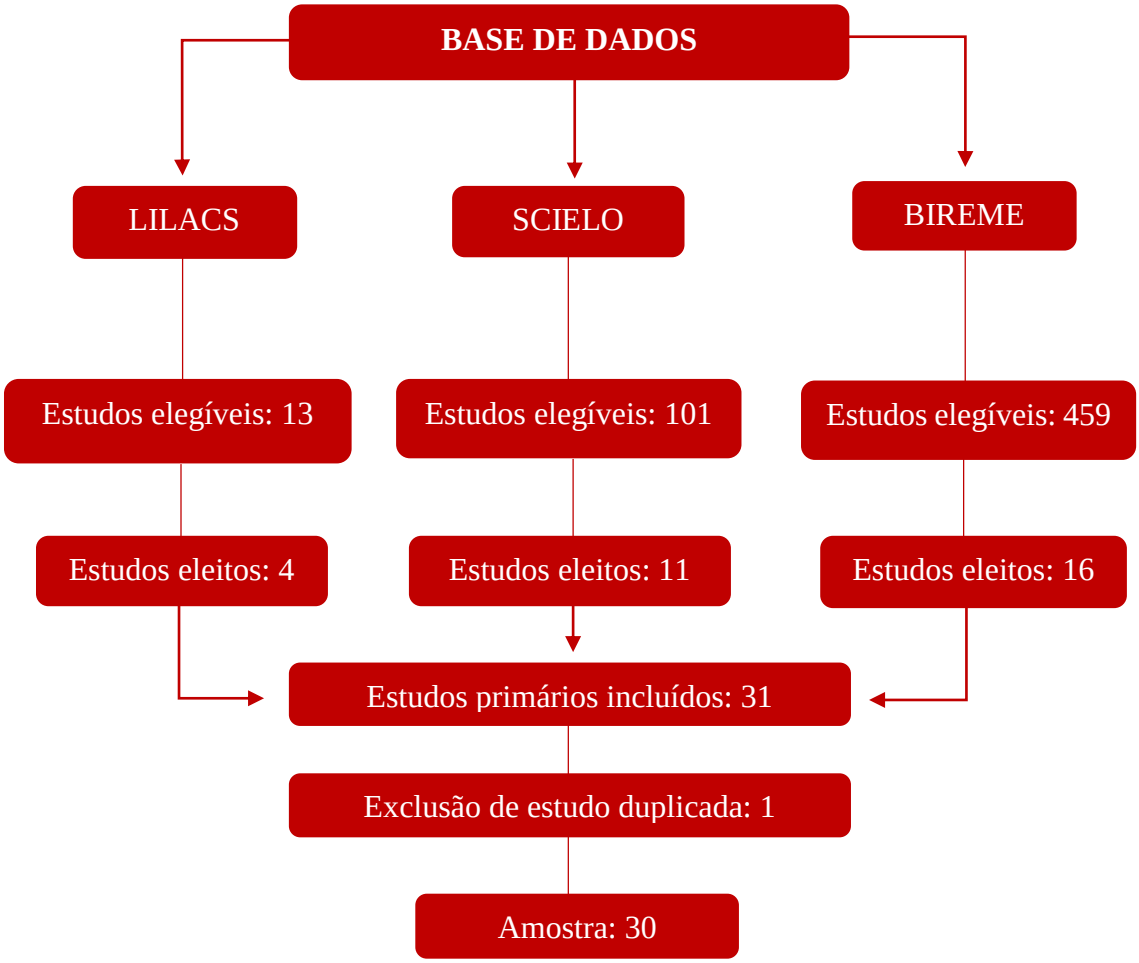
2. MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, exploratória com abordagem qualitativa, para identificação de documentos científicos sobre a assistência de enfermagem no controle da dor em pacientes oncogeriátricos.

Foi realizada a partir da busca nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e a Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME). Utilizou-se os descritores: Assistência de Enfermagem; Câncer; Dor; Idoso.

Os critérios de inclusão foram a produção científica indexada nas bases de dados mencionada anteriormente em língua inglesa, espanhola e portuguesa publicadas no período de janeiro de 2014 a dezembro de 2019 e disponíveis na íntegra via *on-line*. Foram excluídas produções científicas nas formas de: estudos tipo carta, duplicado, editorial, opiniões, teses e dissertações, manuais, normativas e resoluções; e aqueles que não estiverem relacionados com a temática conforme Figura 1.

Figura 1. Fluxograma da seleção independente dos pares dos estudos corpus da pesquisa de revisão integrativa da literatura



Fonte: BVS - Biblioteca Virtual em Saúde, 2020.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na presente revisão integrativa foram analisados 30 artigos que atenderam aos critérios de inclusão, conforme apresentado no Quadro 1.

Do total de 30 artigos, 20 foram realizados no Brasil, três sem identificação de local, cinco na Espanha e dois na Ásia. Em relação ao idioma obteve-se vinte no português, cinco em inglês e cinco em espanhol. Ao todo, 5% dos estudos foram de abordagem quantitativa e 95% qualitativa.

Quadro 1. Caracterização dos estudos selecionados por título, autores e periódicos

N°	TITULO	AUTORES	PERÍÓDICOS
1	O cuidado de si de idosos que convivem com câncer em tratamento ambulatorial.	Rocha *et al.* (2014)	Texto Contexto Enfermagem
2	Exploring interference from analgesia in patients with cancer pain: a longitudinal qualitative study	Manzano, Ziegler e Bennett (2014)	Revista J Clin Nurs
3	Dor: avaliação do 5° sinal vital. Uma reflexão teórica.	Araújo & Romero (2015)	Revista Dor
4	Vivência de idosos com a dor oncológica: abordagem compreensiva existencial.	Reticena, Beuter e Sales (2015)	Revista da Escola de Enfermagem da USP
5	Enfermagem diante da dor oncológica.	Cunha e Rêgo (2015)	Revista Dor
6	Assistência de Enfermagem ao paciente com dor oncológica.	Borges & Oliveira (2015)	Revista Cientifica Facmais
7	Percepções de Enfermeiros e manejo da dor de pacientes oncológicos.	Stúbe *et al.* (2015)	Revista Mineira Enfermagem
8	Condutas terapêuticas utilizadas no manejo da dor em oncologia.	Pereira *et al.* (2015)	Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental
9	Aspectos bioéticos nas publicações sobre cuidados paliativos em idosos: análise crítica.	Crippa *et a*l. (2015)	Revista Bioética
10	Actualización del dolor oncológico en el anciano	Cabezón-Gutiérrez *et al.* (2015)	Revista Esp Geriatr Geront
11	Escala Multidimensional na avaliação da dor e sintomas de idosos em cuidados paliativos.	Faller *et al.* (2016)	Revista Cogitare Enfermagem
12	Aplicação da escala McGill para avaliação da dor em pacientes oncológicos.	Mendes *et al.* (2016)	Revista Enfermagem UFPE
13	Tratamiento del dolor en el anciano: opioides y adyuvantes	López *et al.* (2016)	Revista Soc Esp Dolor
14	Prevalencia y etiopatogenia del dolor oncológico neuropático en el anciano	Cabezón, Custodio & Khosravi (2016)	Revista Esp Geriatr Gerontol.
15	Percepção e impacto da dor na vida de idosos com doença oncológica.	Costa *et al.* (2016)	Revista Rene
16	Manuseio da dor crônica em pacientes oncológicos pela equipe de enfermagem.	Oliveira, Palma Sobrinho & Cunha (2016)	Revista Dor
17	Gestão do cuidado de Enfermagem ao paciente oncológico num hospital geral: uma teoria fundamentada nos dados.	Peiter *et al.* (2016)	Revista de Enfermagem
18	O papel da Enfermagem no tratamento não farmacológico da dor de pacientes oncológicos.	Júnior *et al.* (2017)	Revista Dor
19	Viabilidad de una intervención basada em La web y en la telefonia móvil para apoyar el autocuidado em pacientes ambulatórios com dolor por câncer.	Pérez-garcía (2017)	Enfermería Clínica

20	Co-creative development of an eHealth nursing intervention: Self-management support for outpatients with cancer pain.	Hochstenbach *et al* (2017)	Revista Appl Nurs Res
21	Using a mixed methods approach to explore factors associated with evidence-based cancer pain management practice among nurse	Eaton *et al*. (2017)	Revista Appl Nurs Res
22	Dolor irruptivo oncológico en el anciano	Cabezón-Gutiérrez et al. (2017)	Revista esp. Geriatr.gerontol.
23	Pain experiences of patients with advanced cancer: A qualitative descriptive study.	Erol *et al*. (2018)	Revista Eur J Oncol Nurs
24	A práxis do Enfermeiro na assistência prestada à saúde do idoso usuário do serviço hospitalar oncológico.	Monteiro *et al*. (2018)	Id On Line
25	Dor oncológica: Manejo clinico realizado pelo Enfermeiro.	Andrade *et a*l. (2018)	Revista da Iniciação Cientifica
26	Dor crônica oncológica: avaliação e manejo,	Ercolani, Hopf & Schwan (2018)	Acta Medica
27	Os impactos da dor oncológica em pacientes idosos.	Soares, Silva e Alves (2018)	Revista Multidisciplinar e de Psicologia
28	Effect of evidence-based nursing intervention on upper limb function in postoperative radiotherapy patients with breast cancer	Wang *et al*. (2019)	Revista Medicine
29	A dor do paciente oncológico: as principais escalas de mensuração.	Oliveira, Roque e Maia (2019)	Revista Br J P
30	O impacto da dor crônica na funcionalidade e qualidade de vida de idosos.	Lemos *et al*. (2019)	Revista Br J P

Fonte: BVS – Biblioteca Virtual em Saúde, 2020.

Após a leitura na íntegra e a coleta dos dados dos artigos incluídos na revisão, surgiram três categorias temáticas, as quais foram: assistência de enfermagem aos pacientes oncogeriátricos em situação de dor; formas de avaliação da dor oncológica e intervenções não farmacológicas utilizadas pelo enfermeiro para o controle da dor oncológica.

3.1. Assistência de enfermagem aos pacientes oncogeriátricos em situação de dor

Baseado nas análises dos artigos examinados, para a assistência de enfermagem ao paciente oncogeriátrico com dor é esperado que o enfermeiro tenha sensibilidade para

detectar indícios de dor e planejar procedimentos para seu controle. A dor do câncer possui características peculiares, que pode ultrapassar seu limite. Em pacientes idosos oncológicos a dor pode esta acompanhada à privação e ao comprometimento de sua condição de saúde (SOARES *et al.*, 2018).

Monteiro *et al*. (2018) também concordam que os cuidados de enfermagem prestados aos pacientes oncológicos devem ser caracterizados, sobretudo no que tange à idade e implicações, uma vez que cada ciclo de vida proporciona transformações fisiológicas e psíquicas.

Contudo para Reticena *et al.* (2015) é imprescindível que o enfermeiro, ao empregar o cuidado ao paciente oncogeriátrico, saiba distinguir a dor em todas as suas dimensões, considerando a dor total, realizando o seu correto manuseamento, bem como diferindo as alterações e peculiaridades que envolvem a terceira idade, para o então planejamento de sua assistência.

Araújo e Romero (2015), no entanto, pontuam que existem várias intervenções de enfermagem que devem ser oferecidas aos pacientes para que possam sobreviver sem dor, a referir: correlacionar a dor e sua intensidade ao analgésico prescrito; ter controle da sua eficácia e reações adversas; abolir esquemas de prescrição "se necessário"; preferir via oral para administração de analgésicos; utilizar medidas alternativas de construção de imagem, exercícios respiratórios e massagens; promover conforto físico, psíquico e espiritual; estimular medidas relacionadas à terapia ocupacional; controlar fluxo de visitas; passar confiança ao cliente; apoio emocional; auxiliar a família a reagir de forma ideal à experiência dolorosa do indivíduo.

Ercolani *et al.* (2018), Borges e Oliveira (2015), Cabezón-Gutiérrez *et al*. (2017) discordam ao referir que a assistência tem que ser baseada de acordo com o tipo e a intensidade da dor. Para pacientes que não estão sob tratamento analgésico e com dor leve a moderada, inicia-se com a administração de drogas analgésicas e anti-inflamatórias. Para a dor grave substituímos os opioides fracos pelos fortes como morfina, metadona, oxicodona e fentanil. Mas Manzano *et al.* (2013) ressaltam que é necessária uma maior compreensão dos efeitos colaterais dos analgésicos no tratamento da dor oncológica. Isso permitiria uma melhor definição de um plano ideal para o tratamento da dor.

Estudo realizado por Crippa *et al.* (2015), ao verificarem a eficácia do uso de antibióticos em pacientes portadores de câncer, em unidades de cuidados paliativos, demonstrou que a utilização desses fármacos apresentou um melhor prognóstico,

principalmente, em pacientes com infecções no trato urinário, assim como a importância do uso de sedativos para alívio das dores.

Costa *et al*. (2016) complementam que o sucesso para o controle da dor depende, além da abordagem multidisciplinar, com destaque para os enfermeiros, da identificação completa da queixa álgica, selecionando e avaliando estratégias e respostas no cuidado ao idoso com câncer.

Constatou-se que a administração de analgésicos pela equipe de enfermagem foi preponderante entre os autores. O que se pode confirmar pela afirmação de Pereira *et al.* (2015), em que justifica a utilização de meios predominantemente de ordem farmacológica no ambiente clínico, com ênfase na administração de analgésicos para o alívio da dor, nas dificuldades encontradas pelos profissionais de enfermagem para mensurar e implementar outras medidas de alívio da dor.

Essa é a mesma ideia defendida por López *et al.* (2016) pela utilização de opioides e adjuvantes para a dor de câncer moderada a grave.

Pérez-garcía (2017) e Hochstenbach *et al.* (2017) defendem a ideia do autogerenciamento de cuidados pelo paciente com dor oncológica e os enfermeiros prestem assistência remota melhorando o acompanhamento da dor do câncer.

No entanto, Erol *et al.* (2018) consideram em seu estudo que os cuidados dos enfermeiros para pacientes com câncer avançado que experimentam dor foram inadequados. Sendo assim o enfermeiro deve aperfeiçoar o conhecimento e habilidades sobre a avaliação da dor.

Eaton *et al*. (2017) confirmam que para assistência de enfermagem ao paciente com dor deve utilizar medidas farmacológicas e não farmacológicas baseado em evidências, reavaliação da experiência dolorosa do paciente, manutenção ou modificação da terapia analgésica, manejo de efeitos adversos, adição de tratamentos e comunicação com a equipe de saúde.

Peiter *et al.* (2016) já consideram necessário a capacitação permanente do enfermeiro como necessário para um cuidado humanizado ao paciente oncológico.

3.2. Formas de avaliação da dor oncológica

A dor é na atualidade um critério obrigatório de avaliação de pacientes por se tratar de sintoma prevalente no decurso da doença, como também por ser aspecto de gerenciamento compulsório. A avaliação da dor tem sido um desafio para a enfermagem

oncológica no que tange ao diagnóstico e acompanhamento do sofrimento do indivíduo que vive/convive com a dor. De acordo Rocha *et al*. (2014) a dor é uma experiência perceptiva, sensorial e emocionalmente desagradável, cuja interpretação relaciona-se a fatores culturais, emocionais e sensitivos, que só podem ser compartilhados a partir do relato de quem a sente.

Os enfermeiros devem avaliar o paciente com dor baseados no processo de enfermagem, para investigar e obter dados que permitam a identificação do diagnóstico da dor. Dessa forma, desenvolverão habilidade para a identificação de necessidades dos pacientes e a condução da prática de enfermagem será adequada (ARAUJO & ROMERO, 2015).

Contudo Cunha e Rêgo (2015) e Oliveira *et al.* (2019) mencionam que são vários os métodos para classificar e perceber a dor; sendo as mais utilizadas a escala analógica visual (EAV) e a escala verbal numérica (EVN). A EVN objetiva a mensuração da intensidade da dor, em contextos clínicos e em valores numéricos. Outra escala citada é a EAV, que se assemelha à EVN; no entanto, deve obrigatoriamente haver contato visual do paciente com a escala e ele deve ser capaz de apontar ou sinalizar ao examinador em que grau sua dor está. Cabezón *et al.* (2016) apontam ainda as escalas observacionais específicas para avaliar a dor ou desconforto em idosos, destacando a escala PAINAD e a escala Abbey.

Faller *et al*. (2016) em seu estudo sobre a dor em pacientes oncogeriátricos utilizaram um outro método chamado *Edmonton Symptom Assessment System* como forma de avaliação em que os pacientes referiram dor moderada. Mendes *et al*. (2016) defendem a utilização de escalas de avaliação da dor como forma de dimensioná-la e qualificá-la, além de dar respaldo à enfermagem no planejamento da assistência ao paciente com dor oncológica.

Já para Borges e Oliveira (2015) o processo de avaliação da dor no paciente oncológico deve abranger uma anamnese completa, exame físico, bem como, os aspectos psicossociais, espirituais e familiares relacionados ao paciente. Mas Oliveira Júnior *et al*. (2017) já constatou que existe falta de sistematização padronizada por parte das equipes de enfermagem para avaliação adequada da dor oncológica. No entanto, para Lemos *et al.* (2019) é de fundamental importância a análise da intensidade da dor para averiguar a sua influência no modo de vida do paciente.

Em cada consulta, de acordo com Cabezón-gutiérrez *et al.* (2015), independentemente do motivo, o enfermeiro deve sempre pensar e perguntar sobre a

presença de dor, determinar suas possíveis causas, acompanhar sintomas e sinais, fatores agravantes e atenuantes, resposta a tratamentos e interferências anteriores com as atividades da vida cotidiana. Da mesma forma, é necessário avaliar crenças, atitudes e como os idosos percebem "a" dor do câncer.

Entretanto Stübe *et al*. (2015) afirmam que a avaliação da dor pode se tornar difícil e comprometida em pacientes idosos, diante de alterações de personalidade, perda de julgamento, pensamento abstrato e habilidades linguísticas. Somado a essas condições, os comportamentos comuns associados à dor podem estar ausentes ou difíceis de serem explicados.

3.3. Intervenções não farmacológicas utilizadas pelo enfermeiro para o controle da dor oncológica

De acordo com Araújo e Romero (2015) o enfermeiro pode utilizar outras terapias que não seja a farmacológica, tais como: a musicoterapia, a massagem terapêutica, a estimulação de pensamentos que aliviem a dor, a aromaterapia e o posicionamento para conforto. Ercolani *et al.* (2018) citam essas outras terapias como complementares, podendo ser usadas em conjunto com a terapia padrão. Acrescenta ainda a acupuntura, *mindfulness* e exercício físico levando-se em conta os riscos e benefícios de cada método.

Para Oliveira Júnior *et al.* (2017) explicam que as intervenções não farmacológicas desenvolvidas pelo enfermeiro compreendem um conjunto de medidas educacionais, físicas, emocionais, comportamentais e espirituais. São medidas simples e de baixo custo que podem ser ensinadas aos pacientes e cuidadores.

Em relação aos métodos pensados pelos profissionais de enfermagem para o controle da dor, Oliveira *et al.* (2016) apontam carinho, distração, colo, diminuir ruídos e toque terapêutico. Wang *et al.* (2019) apontam também outras terapêuticas como a massagem e tração dos membros afetados pela dor, auxiliar o paciente a realizar exercícios de extensão passiva de acordo com o grau de sensibilidade à dor do paciente.

Andrade *et al*. (2018) têm uma opinião divergente, afirmando que o auxílio farmacológico deve constituir a principal forma de tratamento a pacientes com dor oncológica e em modo complementar as medidas não farmacológicas.

4. CONCLUSÃO

Através desta pesquisa foi possível alcançar os objetivos e evidenciar a importância do enfermeiro em promover uma assistência integral para promover o manejo da dor em idosos com câncer.

O estudo permitiu ainda constatar que a dor é um dos sintomas constantes entre os idosos com câncer. Assim, o enfermeiro é fundamental na avaliação e no controle da dor, necessitando considerá-la como um sinal vital a ser mensurado mediante escalas e não somente por meio de aspectos subjetivos. As medidas não farmacológicas para o alivio da dor são reconhecidas como importantes, mas em muitos casos a primeira escolha são as medidas farmacológicas para tratar a dor do paciente oncogeriátrico.

Entende-se que é necessário que sejam praticadas estratégias para viabilizar o adequado manejo da dor do paciente oncogeriátrico a fim de colaborar para uma assistência individualizada e determinante. Portanto é imprescindível que o enfermeiro saiba avaliar e tratar corretamente a dor, através de intervenções farmacológicas ou não farmacológicas, como dispensar um ambiente tranquilo e conglobar a família ao tratamento. Assim, o paciente terá uma melhor qualidade de vida e alivio de seu sofrimento.

5. REFERÊNCIAS

ANDRADE, F.L.M. *et al.* Dor oncológica: manejo clínico realizado por enfermeiros. Revista de Iniciação Científica da Universidade Vale do Rio Verde, v. 8, p. 3, 2018.

ANTUNES, Y.P.P.V. *et al*. Clinical features and overall survival among elderly cancer patients in a tertiary cancer center. Einstein, v. 13, p. 487, 2015.

ARAUJO, L.C. & ROMERO, B. Pain: evaluation of the fifth vital sign. A theoretical reflection. Revista Dor, v. 16, p. 291, 2015.

BATISTA, D.R.R. *et al.* Convivendo com o câncer: do diagnóstico ao tratamento. Revista de Enfermagem da UFSM, v. 5, p. 499, 2015.

BORGES, D.A. & OLIVEIRA, S.A. Assistência de enfermagem ao paciente com dor oncológico. Revista Cientifica Facmais, 2015. Disponível em: http://revistacientifica.facmais.com.br/wpcontent/uploads/2015/08/artigos/assistencia_enfermagem.pdf. Acesso em: 20 set. 2019.

CABEZÓN-GUTIÉRREZ, L. *et al*. Actualización del dolor oncológico en el anciano. Revista Española de Geriatría y Gerontología, v. 50, p. 289, 2015.

CABEZÓN-GUTIÉRREZ, L. *et al*. Dolor irruptivo oncológico en el anciano. Revista Española de Geriatría y Gerontología, v. 52, p. 271, 2017.

CABEZÓN-GUTIÉRREZ, L. *et al.* Prevalencia y etiopatogenia del dolor oncológico neuropático en el anciano. Revista Española de Geriatría y Gerontología, v. 51, p. 159, 2016.

COSTA, J.E. *et al*. Dor: impactos e alterações na vida de pacientes oncológicos. Revista. Cientifica, Paraíba. v. 2, 2016.

CRIPPA, A. *et al*. Aspectos bioéticos nas publicações sobre cuidados paliativos em idosos: análise crítica. Revista Bioética, v. 23, p. 149, 2015.

CUNHA, F.F. & RÊGO, L.P. Nursing and cancer pain. Revista Dor, v. 16, p. 142, 2015.

EATON, L.H. *et al*. Using a mixed methods approach to explore factors associated with evidence-based cancer pain management practice among nurses. Applied Nursing Research, v. 37, p. 55, 2017.

ERCOLANI, D. *et al.* Dor crônica oncológica: avaliação e manejo. Revista Acta Médica, v. 39, p. 151, 2018.

EROL, O. *et al*. Pain experiences of patients with advanced cancer: a qualitative descriptive study. European Journal of Oncology Nursing, v. 33, p. 28, 2018.

FALLER, J.W. *et al*. Escala multidimensional na avaliação da dor e sintomas de idosos em cuidados paliativos. Cogitare Enfermagem, v. 21, p. 1, 2016.

HOCHSTENBACH, L.M.J. *et al*. Co-creative development of an eHealth nursing intervention: self-management support for outpatients with cancer pain. Applied Nursing Research, v. 36, p. 1, 2017.

INSTITUTO DO CÂNCER DO ESTADO DE SÃO PAULO- ICESP. O QUE É O CÂNCER? 2016. Disponível em: http://www.icesp.org.br/espaco-do-paciente/entenda-o-cancer/o-que-e-o-cancer. Acesso em: 31 out. 2019.

LEMOS, B.O. *et al*. The impact of chronic pain on functionality and quality of life of the elderly. Brazilian Journal of Pain, v. 2, p. 237, 2019.

LÓPEZ, M.P.S.*et al*. Tratamiento del dolor en el anciano: opioides y adyuvantes. Revista de la Sociedad Española del Dolor, v. 23, p. 93, 2016.

MANZANO, A. *et al*. Exploring interference from analgesia in patients with cancer pain: a longitudinal qualitative study. Journal of Clinical Nursing, v. 23, p. 1877, 2013.

MENDES, P.M. *et al*. Application of the McGill scale for assessment of pain in cancer patients. Revista Enfermagem UFPE, v. 10, p. 4051, 2016.

MONTEIRO, A.N.P.A. *et al*. A práxis do enfermeiro na assistência prestada à saúde do idoso usuário do serviço hospitalar oncológico. Id On Line Revista de Psicologia, v. 12, p. 225, 2018.

OLIVEIRA JUNIOR, N.J. *et al*. Nurses' role in the non-pharmacological pain treatment in cancer patients. Revista Dor, v. 18, p. 261, 2017.

OLIVEIRA, A.L. *et al*. Chronic cancer pain management by the nursing team. Revista Dor, v. 17, p. 219, 2016.

OLIVEIRA, D.S.S. *et al*. A dor do paciente oncológico: as principais escalas de mensuração. Revista Recien - Revista Científica de Enfermagem, v. 9, p. 40, 2019.

OMS. Organização Mundial da Saúde. Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde. Brasília, v. 7, n. 1, 2015. Disponível em: https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2015/10/OMS-ENVELHECIMENTO-2015-port.pdf. Acesso em: 04 set. 2019.

PEITER, C. *et al*. Managing nursing care delivery to cancer patients in a general hospital: a grounded theory. Revista de Enfermagem Referência, n. 11, p. 61, 2016.

PEREIRA, D.T.S. *et al*. Condutas terapêuticas utilizadas no manejo da dor em oncologia. Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online, v. 7, p. 1883, 2015.

PÉREZ-GARCÍA, E. Viabilidad de una intervención basada en la web y en la telefonía móvil para apoyar el autocuidado en pacientes ambulatorios con dolor por cáncer. Enfermería Clínica, v. 27, p. 132, 2017.

RETICENA, K.O. *et al.* Life experiences of elderly with cancer pain: the existential comprehensive approach. Revista da Escola de Enfermagem da Usp, v. 49, p. 417, 2015.

ROCHA, L.S. *et al*. Self-care of elderly cancer patients undergoing outpatient treatment. Texto & Contexto - Enfermagem, v. 23, p. 29, 2014.

SOARES, T.V. *et al.* Os impactos da dor oncológica em pacientes idosos. Id OnLine Revista de Psicologia, v. 12, p. 50, 2018.

STÜBE, M. *et al*. Perceptions of nurses and pain management of cancer patients. Reme: Revista Mineira de Enfermagem, v. 19, p. 696, 2015.

WANG, X. *et al*. Effect of evidence-based nursing intervention on upper limb function in postoperative radiotherapy patients with breast cancer. Medicine, v. 99, p. 1, 2020.

Capítulo 7

ÉTICA E CIDADANIA NA SAÚDE

Alaércio Aparecido de Oliveira[1], Teresa Cristina Leal[2]

[1] Docente da Faculdade INSPIRAR, UNINTER, Diretor do CEPROMEC, Secretário da CCIH/ES-CT/MD, Curitiba/PR.
[2] Docente Colaboradora da Faculdade INSPIRAR e do CEPROMEC, Curitiba/PR.

Palavras-chave: *Ética; cidadania; multiprofissionais.*

1 INTRODUÇÃO

Os autores têm diagnosticado problemas com que os multiprofissionais da saúde se deparam atualmente, sendo estes tão complexos que não há perspectivas de soluções para muitos deles.

Na lida diária nos diversos seguimentos complexos assistenciais, apresentam diversas facetas do existir humano em saúde, e cujo maior desafio é contribuir na redução das desigualdades e na promoção da cidadania.

É cediço que o reordenamento econômico, os avanços tecnológicos e as transformações do mundo do trabalho em crises, levam a uma luta necessária e urgente mudança para o perfil nas relações do trabalho e do trabalhador. Há muita falta de comprometimento da natureza educacional, verdadeiramente sem propostas de mudanças, que estão diretamente atreladas na quantificação da formação inicial do trabalhador multiprofissional da saúde, que deveria exigir uma nova Educação que seja mais geral, versátil, crítica e permanente, de maneira a trazer respostas viáveis e eficazes aos muitos desafios que se apresentam na complexa teia do viver e do Ser humano.

A preocupação urgente das instituições formadoras dos futuros multiprofissionais da saúde precisa colimar por pautas e diagnósticos para buscar continuamente soluções mais plausíveis e eficazes.

As incertas ainda que transitórias, depreendem de transformações à sociedade mais céleres no tempo, se pautando em arranjos e rearranjos das incertezas pré-

determinadas, sem a uniformização da essência verdadeira do exercício multiprofissional da saúde.

Os autores entendem ainda, que em nenhuma outra área da atividade humana tais preocupações se apresentam de tamanha envergadura como o é na área da saúde. Isto porque confluem fatores condicionantes da ordem política, econômico, social, cultural, dentre outros, cuja inter-relação produz um imaginário poderoso que, por sua vez, determina uma realidade multifacetada que precisa ser entendida na sua complexidade.

A busca pela discussão sobre o tema cidadania e ética como eixos norteadores da formação dos multiprofissionais em saúde, e particularmente aos docentes, deve ser evidentemente mais prática, vivencial e de notoriedade à sociedade, se mostra precisamente oportuna.

Há soluções para os muitos dilemas enfrentados na área multiprofissional da saúde, que necessitam de um esforço coletivo numa atuação mais dinâmica e precisa, sendo que esses grandes agentes transformadores podem oferecer uma contribuição ímpar, razão pela qual se propõe a abordar a responsabilidade de uma maneira mais ampla, enfatizando a participação de todos nesse processo.

Os instrumentos de produção deste tema são os de contribuir para a discussão sobre a formação multiprofissional na área da saúde e, com especial acento, o exercício múltiplo de forma prática diária da cidadania e a Ética como princípios fundamentais. Para tanto, a matéria em comento reflexiva parte das vivencias exercidas pelos docentes nos cursos técnicos e de graduações à formação multiprofissional, atuando em disciplinas que têm como eixos norteadores as questões éticas da profissão, os Direitos Humanos, a Bioética, o Direito a Saúde e a Cidadania.

2. A ÉTICA E SAÚDE COMO LEGADO DA VIDA

As maravilhas tecnológicas despontam possibilidades jamais vistas no cenário da saúde, a viagem virtual, o impedimento do aparecimento de doenças, a escolha sexual do bebê ainda no período intra-útero, além de reproduções de seres ou de órgãos através de clonagens.

A ficção e realidade se entrelaçam sem limites ou fronteiras, transformando os seres em “quase deuses”, deixando de lado a essência real sobre o sofrimento e a morte. Essa condição implacável é demasiadamente concreta, que se tenta estabelecer a fuga, como refugo da própria existência.

Nesta antevisão tecnológica que a área da saúde se estabelece como centro em prol da Saúde como bem maior do legado ser multiprofissional em saúde, para concretizar o bálsamo da responsabilidade das conquistas da saúde para saúde preventiva.

Cada vez mais, os seres estão fragilizados pelo medo da dor, do sofrimento e da morte, entendendo que a saúde é o maior bem de sua existência, consequentemente esquecem que o saber prevenir, o cuidar, o manter e o resgatar em saúde para garantia da saúde está além do alcance multiprofissional da saúde.

Portanto, qualquer mudança qualitativa que se queira relacionar ao ser multiprofissional da saúde, depreende de formação que expropria qualquer poder e domínio sobre si mesmos, como objeto passivo e não como agente de saúde transformador, sem negar a posição de suas próprias vidas.

O empreendimento na formação multiprofissional na saúde depreende de agentes promotores que vivenciam processos de cidadania para cidadania que possam possibilitar a compreensão da dimensão que deve permear pelo desvelar da saúde que agregam valores imprescindíveis das histórias, das vivências positivas e negativas, das diferenças, do entender ser para ser, como ser, enquanto ser.

É a perspectiva construtiva que se valoriza as diversas dimensões do entender a vida, que agregam do conhecer o desconhecido do ser, para se estabelecer o verdadeiro sentido de ser multiprofissional em saúde, para que a morada do saber, se restabeleça com reconhecimento do exercício profissional com mãos glamourosas, recheadas de talentos e que encantam através de mudanças de atitudes mais serenas e sóbrias para transformação da sociedade privilegiada pelo notório exercício da ética da vida.

As mãos éticas que tocam, são mãos que previnem, que diagnosticam buscando a cura e que são incomensuravelmente privilegiados pelos cenários históricos de vida, prevalecendo a essência do ser, porque se vive a todo tempo contradições e crises, que de um lado sobrepõe os próprios egos, através dos entendimentos das técnicas e ciências desenvolvidas neste século, que se depara com profundas crises éticas.

As crises éticas de toda ordem atenuam por inversões de valores que colocam o ser humano, ora prestador de serviços multiprofissionais da saúde, relegado desconhecido da própria existência do ser enquanto ser para ser, e que por outro deixam imergidos valores que coloca o ser humano em segundo plano em relação aos ideais políticos e econômicos e não como centro de seus próprios ideais.

Neste comento, longe se referir à ética normativa, formal, e sim a Ética da Vida, que está tomada pelos desgastes, e mesmo o espúrio das éticas tradicionais numa

sociedade cada vez mais individualizada com muitas autonomias e liberdades individuais, que visam somente os direitos, imergidos de maneira absolutamente heterogenias.

Os autores vêm interpretando a Ética em saúde através da descentralização exclusiva da vida, mas revestir pelos direitos do ser, pelos direitos da vida e pelos direitos da natureza em que se está inserido, acrescentando que o atual desenvolvimento da ciência. Acrescentam que, frente ao desenvolvimento atual das ciências, sobretudo no ramo da biologia, preconiza a um só tempo cognitivo e manipulador, que veem obrigados a redefinir a verdadeira e clara noção do ser enquanto ser.

As consequências desastrosas do real sentido do ser para ser multiprofissional ético, que se apresenta no contexto prestacional laboral da saúde, através de convívios entre a ideia de viver enquanto ser no biopsicologicamente pela própria natureza do ser, e nem pelas possibilidades de ampliação dos limites da vida e adiamento da morte que a ciência oferece, mas no registro à baixa qualidade de vida que vem definindo como conjunturas de sobreviventes do que viventes. Foge desta forma a consciência de que o conceito de saúde está num alto grau do prolongamento da vida pela medicalização a que estão sujeitos, quando deveria estabelecer à qualidade de vida.

Os autores diagnosticaram muitas evidências empíricas com extrema perplexidade que doenças erradicadas estão cada vez mais em processo de restabelecimento, demonstrando que o enfoque biomédico não é capaz de dar conta da complexidade dos problemas de saúde dos seres, e o que é pior sem grandes possibilidades para propor novas medidas de enfrentamentos preventivos, já que está bastante evidente o aumento de recursos aos serviços para atender a demanda e satisfazer a incorporação e expansão de tecnologias independentemente dos diagnósticos epidemiológicos e avaliativos, tem causado pouco impacto indicativo sobre o real e atual estado de saúde da população.

A sociedade multiprofissional da saúde está fortemente imbuída em implantadas crenças, e o que é extremamente grave, busca alimentar e estimular aos próprios da área, como sendo a saúde o análogo inverso da doença. Tal mister é claramente visualizada ainda na formação desses multiprofissionais da saúde, que se equivoca nitidamente através do próprio negativismo – a doença, quando se desloca toda a atenção, fazendo crer numa possibilidade imaginária de “mágicas” para eliminar da vida do ser.

Outro aspecto atual, está vinculado nas doenças crônicas, a emergência e reemergências de doenças endêmicas e epidêmicas, o elevado índices de morte como causa básica a violência, que demostram complexos fatores sociais, econômicos,

políticos, ambientais entre outros, num total descompasso, tendo os menos favorecidos – a pobreza coroada das péssimas condições de vidas, como sendo uma das causas básicas.

Apesar do catastrófico cenário que se enfrenta diante dos problemas e dificuldades, existem medidas que estão estribadas em mudanças de atitudes, para garantia do restabelecimento críticos que oportunizam a ter acesso a saúde e educação dignas, de comprometimento envolver da sociedade civil é possível desde que se organizem como cidadãos.

O relevante ponto que os autores apresentam para reflexão, assertivamente para formação dos multiprofissionais da saúde para saúde é o entender a saúde como direito de todos e sem distinção, como garantia de conquista pela verdadeira cidadania como maior bem público – seja individual ou coletivo – como estabelecido na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, a Carta Alma-Ata, de 6 de dezembro de 1978 que diz: "Saúde para Todos até o Ano 2000", o que não se concretiza na prática porque se está muito "ad-quem" do cumprimento enfatiza que a saúde - estado de completo bem- estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade - é um direito humano fundamental, e que a consecução do mais alto nível possível de saúde é a mais importante meta social mundial, cuja realização requer a ação de muitos outros setores.

A chocante desigualdade existente no estado de saúde dos povos, particularmente entre os países desenvolvidos, em desenvolvimento e subdesenvolvidos, assim como se vê no contexto mundial em que a predominância se estabelece prioritariamente o ordenamento político, sob a égide de conflitos armados pela ambições e ganâncias num total desiquilíbrio social é economicamente inaceitável e constitui, por isso, objeto da preocupação comum de todos os países.

A saúde precisa ser prioritariamente conquistada e/ou mantida como desiderato de um exercício de cidadania mundial, porque é uma condição para a paz e, ao mesmo tempo, a consequência dela, como o antídoto para e qualquer violência, seja ativa ou passiva, discriminação, exclusão, exploração, intolerância, evidentemente nessa perspectiva do cuidar com a saúde remete indistintamente como fator essencial à valorização da vida.

A Saúde como cenário tão plural, conduz a refletir sobre a formação dos multiprofissionais da saúde para atuarem nessa área, de maneira a considerar tamanha complexidade dos atuais recursos e sistemas, sob risco de reduzir ao nível da formação meramente técnica. A investidura da formação multiprofissional da saúde deve eivar

pelas ultrapassagens de barreiras marcadas das posições passivas e repetitivas de pessoas treinadas, deixando se tornarem como habitualmente adestrados, para multiprofissionais-cidadãos, preparados para o próprio exercício de cidadania para cidadania dos outros, com mudanças de atitudes em saúde para saúde.

As tendências socioeducativas em saúde para o processo formador multiprofissional da saúde tendem a buscar modelos mais humanista e crítico, em que o olhar assistido deixa de ser técnico, o que vem estribado no modelo biomédico, para ceder o espaço no cuidar humano, com visão crítica da realidade, para cada vez mais estabelecer a compreensão da competência para agir com autonomia, com comprometimentos assistenciais com cliente, comunidade e com seu trabalho.

Neste sentido, há que questionar sobre quais os princípios/valores e dimensões que precisam ser efetivamente resgatados na formação multiprofissionais-cidadãos da saúde?

É preciso preconizar no centro da formação, como parte essencial do contexto a real dimensão humana, embora pareça paradoxal a afirmação, mas na real humanização na área da saúde. No óbvio, não se trata da "falsa-humanização" que se vê como proposta de soluções superficiais diante dos graves quadros problemas da área da saúde, mas o de estabelecer a humanização como princípio ético, com efetiva construção e reconstrução de uma prática humanizada, com articulações de políticas de saúde definidas, concebendo qualidade de vida, saúde e cidadania.

Nesse contexto, destaca que o trabalho comprometido com humanização só se prevalecerá se na história da formação multiprofissional em saúde estabelecer o entendimento, a compreensão, o fortalecimento, a exatidão, da doença/saúde de si para o outro em cidadania.

Na complexa formação multiprofissional em saúde, é cediço lembrar que a dimensão estética reforça como sendo um fenômeno relacionado ao sentido da corporeidade humana, como ser humano que decodifica a presença do outro, porque o corpo humano não é apenas o organismo, mas ser compreendido como o lugar do acontecimento e do aparecimento da subjetividade, pelo qual se inicia o processo de singularização e do aparecimento real do humano.

Os autores destacam que a construção de uma política cidadã para área da saúde, precisa de projeto social, interdisciplinar, que possa considerar a saúde em toda conjuntura, os condicionantes e não apenas a doença. É preciso promover a simetria das relações de poder instituições de saúde/multiprofissionais e aos clientes que buscam e/ou

necessitam de cuidados, possibilitando a íntegra participação ativa e mais responsável nas decisões a serem tomadas sobre as condições de saúde à promoção, a prevenção, a recuperação e reabilitação. Evidentemente não se trata de gerar nova ciência da saúde, mas que precisa se restabelecer a verdadeira essência multiprofissional para diferentes histórias, necessidades, as múltiplas potencialidades, com diferentes linguagens Inteligíveis que permitem aos sujeitos definirem seus problemas em busca soluções.

Os multiprofissionais da saúde têm, como legado histórico de formação, um enfoque fundamentado na doença, com objetividade tecnicista permeado por aparatos tecnológicos, que desconsidera a subjetividade dos seres sob seus cuidados. Os centramentos das atividades técnicas e tecnológicas, dão-lhe o devido valor como instrumentos do cuidar e não como meios de saber cuidar. Não se estabelece e nem poderá desconsiderar as dimensões técnicas e tecnológicas na formação multiprofissional da saúde, mas diminuir a sua relevância. A desmistificação, se redefine através de reais possibilidades, para desfazer a ilusão de que o aparelhamento tecnológico disponível no mundo da saúde será capaz de recompensar os desgastes decorrentes da precarização das condições da vida de grande parte da população.

O saber em saúde, está inserido na tecnologia multiprofissional do ser humano em saúde, capaz de transformar-se em saber-ser, para ser, e saber-fazer, em saberes, porque aprender a apreender e reaprende a reaprender o respeitar saber do outro, tanto dos outros profissionais quanto da pessoa sob seus cuidados que, incorporam nas práticas de saúde para saúde que por natureza valoriza como válido, real, puro, útil e legítimo.

Como entender as relações multiprofissionais da saúde no contexto da complexidade assistencial de atuação?

Primeiro, é o entender necessário da desconstrução do conceito de autonomia profissional que se vivencia aos dias de hoje, apontando saberes e fazeres absolutos, estanques, autodelimitados, gerando a antinomia absoluta entre dependência e independência do exercício multiprofissional em saúde.

É preciso entender ainda, sobre uma autonomia dependente de um determinante da dependência sem a autonomia, a compreensão do novo entendimento de autonomia multiprofissional que só pode ser concebida em relação a ideia de dependência, da análise da própria complexidade do contexto da saúde que gera dependências profissionais múltiplas, porque é vista como autonomia relativa e relacional. No entanto, conduz a refletir sobre responsabilidades multiprofissionais da saúde diferenciadas que voltadas

em um esforço coletivo, se estabelecerá pela preservação da vida e da saúde do ser humano.

3. O ENSINO MULTIPROFISSIONAL DA SAÚDE: PRINCÍPIOS PARA UMA ATUAÇÃO RESPONSÁVEL, ÉTICA E AUTÔNOMA

Primeiramente, cabe destacar e relembrar que, a ética da responsabilidade e a Bioética conduzem a responsabilidade para com as questões do cotidiano e das relações humanas em todas as dimensões. Portanto, os autores mostram que as discussões e reflexões da Bioética não se limitam aos grandes dilemas éticos atuais, como o projeto genoma humano (o objetivo de identificar e fazer o mapeamento dos genes existentes no DNA das células do corpo humano, determinar as sequências dos 3 bilhões de bases químicas que compõem o DNA humano e armazenar essas informações em bancos de dados acessíveis), o aborto, a eutanásia (o ato em que um indivíduo, em situação de sofrimento constante por um mal ou doença incurável, escolhe cessar sua própria vida) ou os transgênicos, incluem também os campos da experimentação com animais e com seres humanos, os direitos e deveres dos profissionais da saúde e dos pacientes, as práticas psiquiátricas, pediátricas e com indivíduos inconscientes e, inclusive, as intervenções humanas sobre o ambiente que influem no equilíbrio das espécies vivas, além de outros (COSTA, 2004).

Sabe-se que o comportamento ético em multiatividades profissionais de saúde não se limita ao indivíduo, devendo ter, também, um enfoque de responsabilidade social e ampliação dos direitos da cidadania, uma vez que sem cidadania não há saúde.

Segundo Zancanaro (2000), foi Hans Jonas que introduziu o conceito de ética da responsabilidade. Para ele todos têm responsabilidade pela qualidade de vida das futuras gerações. Foi ele também que abordou o conceito de risco e a necessidade de avaliá-lo com responsabilidade (ZANCANARO, 2000). Potter (1971 apud KOERICH *et al.*, 2005), representante da Bioética, também se mostrava preocupado com os riscos que podem ser causados pela ciência em nível mundial. Para os autores, o conhecimento pode ser perigoso, entendendo o conhecimento perigoso, como aquele que se "acumulou muito mais rapidamente do que a sabedoria necessária para gerenciá-lo" e sugere que "a melhor forma de lidar com o conhecimento perigoso é a sabedoria, ou seja, a produção de mais conhecimento e mais especificamente de conhecimento sobre o conhecimento" (KOERICH *et al.,* 2005, p. 108).

O ensino da Ética multiprofissional da saúde durante muitas décadas estava pautada em um modelo predominantemente conservador, centrado em uma concepção normativa, com supervalorização de normas e códigos, ao invés de um ensino reflexivo-crítico, em que o exercício multiprofissional da saúde fosse considerado como uma pratica social historicamente construída no interior de uma área de atuação profissional condicionada pelas condições de vida dos seres humanos.

Ao reconhecer que o ensino da Ética se prevaleça como caráter normativo, se faz pensar que seja uma Ética aplicada, por considerar as normas, os direitos, deveres e responsabilidades multiprofissionais da saúde, ora contextualizados com o real cenário em saúde, proporcionadas pelas características do pais. A tipologia ética no Brasil, se caracteriza por uma sociedade dividida, porque ainda se estabelece de forma acirrada as desigualdades sociais que estão cada vez mais presentes, evidentes e acentuadas, levando um elevado número contingencial da população a se situar abaixo da linha da pobreza. As desastrosas consequências deste atual cenário desenham um perfil epidemiológico próprio.

Para formação multiprofissional da saúde deve enfocar também os dilemas bioéticos atuais, que apontam para contradições marcantes no interior da área da saúde face aos avanços técnico-científicos de nosso tempo, capacitando-o para uma prática consequente que possibilite a proposição de soluções possíveis e realizáveis.

A busca do envolver processos com compromissos éticos, de maneira gradativa, para a formação dos multiprofissionais da saúde, deverá ser preconizada com a construção/promoção da cidadania dos sujeitos que são colocados sob seus cuidados porquê de forma prática mostram ricos ensinamentos reais, possibilitando diagnosticar as situações limites, a análise crítica dos direitos e responsabilidades multiprofissionais da saúde frente aos códigos de éticas, à Ética da Vida e os direitos dos usuários de serviços de saúde tendo como base as políticas de saúde e a organização do trabalho em saúde.

4. CONCLUSÃO

Trata-se na complexa busca do repensar Ética à formação multiprofissional da saúde que, exigirá um grande esforço a ser coletivamente empreendido para alcançar resultados, que visa estabelecer mudanças de atitudes que valoram com construção/reconstrução através de projetos políticos pedagógicos que possam sustentar e viabilizar os instrumentos dimensionais apresentados e que possam ultrapassar

barreiras, consideravelmente e em muito, a valorizadíssima dimensão biológica, que se fará prosperar pelos docentes aos protagonistas alunos/acadêmicos que passarão atuar nos diversos seguimentos profissionais da saúde.

Essas ensejadas contribuições efetivamente voltada a uma prática ética e cidadã passam a fazer presentes na medida em que se lancem mudanças de posturas, de atitudes, prevalecendo mudanças de vida com novo olhar em saúde, procurando ser críticos com suas próprias necessidades enquanto partícipe proativo da profissão com características tão peculiares, ao mesmo tempo em que o exercício do diálogo como sujeito de sua prática – o ser cuidador em ética e cidadania.

Evidentemente que para construção de uma realidade multiprofissional da saúde voltada para ética-cidadã, necessita prevalecer a continua busca das possibilidades aos estudantes em seus diversos níveis da formação para estabelecer o desenvolvimento da competência humana, na arte do ensinar a aprender e reaprender, não e tão somente nos aspectos técnico-instrumentais envolvidos como recursos na prática profissional, mas que acima de tudo dos desdobramentos da compreensão de habilidades que insurge por despertar um novo modelo emergente de ações, articulações e mobilizações graduais e contínuas de conhecimentos gerais e específicos, em teorias e práticas, de hábitos e atitudes mais éticas, possibilitando profissionais com efetivos exercícios eficientes de seu trabalho, numa participação ativa, consciente e crítica para o mundo do trabalho no contexto social, além de sua efetiva autorrealização.

O desdobramento da competência humana e profissional se estabelece à medida que se constrói como um novo nome para cidadania e apontará consequentemente a verdadeira emancipação que significa o processo histórico de sujeitos coletivo e autônomo.

5. REFERÊNCIAS

ATHENAS, A.P. Ética do acolhimento. Revista THOT, v. 2, p. 63, 2002

BERLINGUER, G. Questões de vida: ética, ciência e saúde. São Paulo: HUCITEC; 1993. 218 p.

DELUIZ, N. Qualificação, competências e certificação: visão do mundo do trabalho. Formação, v. 1, p. 5, 2001.

FIEDLER-FERRARA, N. Ciência, ética e solidariedade. In: CARVALHO, E.A. *et al.* Ética, solidariedade e complexidade. São Paulo: Palas-Athena, p. 29, 1998.

GRECO, D. Ética, saúde e pobreza: as doenças emergentes noséculo XXI. Bioética, v. 5, p. 41, 1997.

KOERICH, M.S.*et al.* Ética e bioética: para dar início à reflexão. Texto Contexto - Enfermagem, v. 14, p. 106, 2005.

MORIN, E. Ética e imaginário. In: PENA-VEJA, A., ALMEIDA, C.R.S., PETRAGLIA, I., organizadores. EDGAR MORIN: ética, cultura e educação. São Paulo: Cortez, p. 31, 2001.

MORIN, E. Ciência com consciência. Rio de Janeiro: Bertrand do Brasil; 1998. 344 p.

PADILHA, M.I.C.S. Questões éticas: cuidados metodológicos na pesquisa de enfermagem. Texto Contexto - Enfermagem. v. 4, p. 118, 1995.

POTTER, V.R. Bioethics: a bridge to the future. New Jersey:Prentice-Hall, 1971.

SACARDO, D.P. Expectativa de privacidade segundo pessoas hospitalizadas e não hospitalizadas: uma abordagem bioética. Dissertação de Mestrado – Faculdade de SaúdePública. USP, São Paulo, 2001. Disponível em: https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6135/tde-21082007-174021/publico/total.pdf. Acesso em: 21 jun. 2020.

SERRANO, M.M. & LEMOS, S. Promoção da saúde: um novo paradigma? Boletim Abrasco, Rio de Janeiro, v. 85, p. 5, 2002.

SILVA, F.V. & MENEZES, M.D.G.A.S. Formação profissional e humanização dos serviços de saúde. Formação, Brasília (DF), v. 2, p. 59, 2002.

SOUZA, G.S E COSTA, E.A. Trabalho em vigilância sanitária: conceitos teóricos para a reflexão sobre as práticas. In: COSTA, E.A., org. Vigilância Sanitária: temas para debate [online]. Salvador: EDUFBA, 2009. 237 p. Disponível em: https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/10289/1/22222222222.pdf. Acesso em: 21 jun. 2020.

SPOSATI, A. & LOBO, E. Controle social e política de saúde. Cadernos de Saúde Pública, v. 8, p. 366, 1992.

ZANCANARO, L. Cuidando do futuro da vida humana: a ética da responsabilidade de Hans Jonas. O Mundo da Saúde, v. 24, p. 21, 2000.

Capítulo 8

FARMACODERMIA POR CIPERMETRINA EM CÃO - RELATO DE CASO

Raffaella M De O Batista[1], Talia F Gonçalves[1], Joaquim B Gomes[2], Mariana P M De Oliveira[2], Jackson B G Dantas[2], Gabrielle Da S Miranda[1], Isael De S Sá[1], Laíze F De Almeida[1], Antônio F Da S L Neto[3], Manuelle R Da Silva[4], Antônio A N M Junior[5], Denise C De Sousa[5], Larissa M F Gonçalves[5], Manoel L Da S Filho[5]

[1] Graduado em Medicina Veterinária, Universidade Federal do Piauí, CPCE, Bom Jesus/PI.
[2] Discente do Curso de Medicina Veterinária, Universidade Federal do Piauí, CPCE, Bom Jesus/PI.
[3] Doutorando em Medicina Veterinária – Faculdade de Medicina Veterinária e Zootecnia – USP. São Paulo, SP.
[4] Graduada em Enfermagem, Faculdade Santo Agostinho, FSA, Teresina/PI.
[5] Docente da Universidade Federal do Piauí, UFPI/CPCE, Bom Jesus/PI.

Palavras-chave: *Clínica médica, dermatologia, lesões cutâneas.*

1. INTRODUÇÃO

A pele é responsável por diversas funções no organismo do ser vivo, dentre elas a proteção contra as agressões ambientais e a realização de trocas fisiológicas essenciais. Estando esse sistema dividido em três camadas: a epiderme, oriunda do ectoderma, e a derme e a hipoderme, originadas do mesoderma (SANTOS *et al*., 2015).

Assim, os fatores que podem agredir a pele e alterar sua composição natural causando reações adversas são incontáveis. Quando essas reações adversas são referentes a medicamentos são conhecidas também com outro termo: RAM's (reações adversas a medicamentos). As RAM's são comuns na prática clínica e definidas como qualquer resposta indesejada, inesperada ou excessiva de um medicamento que requer a suspensão do mesmo (SANTOS *et al*., 2015).

O crescimento exacerbado de medicamentos nas indústrias farmacêuticas vem sendo umas das principais razões para o progresso das reações adversas em virtude da extensa variedade destes e da sua administração em animais com uso indiscriminado. O uso desses fármacos pode ocasionar efeito negativo mesmo quando essas drogas são utilizadas dentro da posologia correta. Em virtude disto, a clínica passa a diagnosticar e

tratar uma patologia bastante singular dentro da dermatologia, a farmacodermia (ALEIXO *et al*., 2010; GUIMARÃES *et al*., 2018). Também conhecida como erupção medicamentosa, essa dermatopatia manifesta-se em pele, anexos, mucosas e ocorre de forma isolada. Contudo, de acordo com Caballero *et al*. (2004) e Aldama *et al*. (2005), pode estar atrelada a alterações em outros órgãos e/ou sistemas. É uma doença mucocutânea, podendo apresentar recidiva e seus tipos e lesões apresentam-se de formas variáveis.

O presente trabalho teve como objetivo relatar um caso de farmacodermia por cipermetrina em um cão da raça Pinscher de 10 anos de idade, atendido no Hospital Veterinário Universitário da Universidade Federal do Piauí, *Campus* Professora Cinobelina Elvas.

2. RELATO DE CASO

Um cão, da raça Pinscher, macho, com mais de 10 anos de idade, pesando 2,750 Kg, apresentando com base na anamnese uma reação cutânea adversa ao uso de cipermetrina sem prescrição médica, administrada devido a uma infestação de carrapatos e pulgas. Imediatamente após a administração do fármaco, o animal apresentou primeiramente tremores, respiração forçada e um quadro depressivo. Logo em seguida passou a apresentar diarreia, ataxia, alterações oculares, falta de apetite e redução preocupante de ingestão de água, além do início de lesões cutâneas. O animal era vermifugado, vacinado somente para raiva, alimentação a base de comida caseira numa frequência de três vezes ao dia e constantemente apresentava problemas dermatológicos, estando entre eles descamação da pele, prurido em grau 8 e alopecia.

Ao exame físico, o animal apresentava-se depressivo, com consciência alerta, magro, com postura e locomoção anormais, frequência cardíaca de 140 batimentos por minuto (bpm), temperatura retal de 37,4ºC e frequência respiratória de 40 movimentos por minuto (mpm), tempo de preenchimento capilar maior que 2 segundos, mucosas pálidas, pulso hipercinético, turgor cutâneo baixo em torno de 30% e linfonodos sem alterações. Foi observada dispneia mista durante a aferição da respiração e como achados físicos foram encontrados dispneia, lesões profundas na região dorsal, descamação da pele, ectoparasitas, abdômen distendido, focinho ressecado, presença de tártaro e mucosas oral e peniana extremamente anêmicas.

Após o exame físico foi solicitado hemograma, bioquímica sérica e ultrassonografia abdominal. Encontrando-se o animal em um quadro de anemia severa e trombocitopenia, de acordo o hemograma (Tabela 1), e de hipoalbuminemia e hiperbilirrubinemia por aumento dos níveis séricos de bilirrubina direta, de acordo a bioquímica (Tabela 2).

Tabela 1. Hemograma realizado no animal como exame complementar para auxílio do diagnóstico

ERITROGRAMA	RESULTADO		VALORES REFERÊNCIA	
Hemácias	1.919.500		5,5 - 8,5 X 10^6 /µl	
Hemoglobina	----		12 - 18 g/dL	
Hematócrito	17		37 - 55 %	
VCM	88,6		60 - 70 fL	
CHCM	----		32 - 15 g/dL	
RDW	----		12 – 15%	
LEUCOGRAMA	**RESULTADO**		**VALORES REFERÊNCIA**	
Leucócitos totais	12.000		6.000-17.000 µL	
Neutrófilos	Relativo (%)	Absoluto (/µL)	Relativo (%)	Absoluto (/µL)
Mielócitos	0	0	0	00 µL
Metamielócitos	0	0	0	00µL
Bastonetes	5	600	0-3	00-300 µL
Segmentados	82	9.840	60-77	3000-11500µL
Linfócitos	3	360	dez/30	1.000-4.800µL
Eosinófilos	0	0	02/out	100-1.250µL
Monócitos	10	1.200	03/out	150-1.350Ml
Basófilos	0	0	Raro	Raro
PLAQUETOGRAMA	**RESULTADO**		**VALORES REFERÊNCIA**	
Plaquetas	96.000		200.000-500.000 µL	

Fonte: Hospital Veterinário Universitário-UFPI/CPCE, 2020.

Tabela 2. Bioquímica sérica realizado no animal como exame complementar para auxílio do diagnóstico

BIOQUÍMICA SÉRICA	RESULTADOS	VALORES REFERÊNCIA
Albumina	1,18 U/L	2,6 a 3,3 U/L
Creatinina	0,60 mg/dL	0,5-1,5 mg/dL
Ureia	52,0 mg/dL	21,4-59,82 mg/dL
Bilirrubina Totais	1,02 mg/dL	0,1-0,5 mg/dL
Bilirrubina Direta	0,60 mg/dL	0,06 a 0,12 mg/dL
Bilirrubina Indireta	0,42 mg/dL	0,01 a 0,49 mg/dL

Fonte: Hospital Veterinário Universitário-UFPI/CPCE, 2020.

A ultrassonografia abdominal também mostrou alterações dignas de nota. O fígado apresentou dimensões aumentadas, contornos regulares, ecogenicidade reduzida e vasos com calibre aumentados remetendo a um processo congestivo, parênquima heterogêneo, por diminutas áreas de contorno poucos definidas, hipoecogênicas pouco definidas uma delas em lobo caudado mediu aproximadamente 0,9 cm X 0,8 cm, podendo se considerar como diagnóstico diferencial, áreas de hiperplasia benigna/neoformação/alteração inflamatória; vesícula biliar repleta por conteúdo anecogênico homogêneo, com parede fina; baço estava com dimensões acentuadamente aumentadas, contornos arredondados, parênquima homogêneo ecogenicidade reduzida, podendo-se considerar como principais processos congestivo/alteração inflamatória; próstata em posição intrapélvica; testículos não localizados no escroto; linfonodos hepáticos e gástricos aumentados, com contornos arredondados, parênquima heterogêneo e ecogenicidade reduzida, podendo-se considerar uma alteração inflamatória ou infiltrativa.

Na região inguinal esquerda, havia presença de estrutura hipoecogênicas, de formato ovalado, com áreas ecogênicas puntiformes dispersas, parênquima heterogêneo e vascularizada ao doppler colorido, que mediu aproximadamente 2,36 cm x 1,36 cm. Foi observada uma discreta presença de líquido na cavidade abdominal. No estômago, alças intestinais e rins não foram observadas alterações.

Diante dos sinais clínicos apresentados e alterações observadas nos exames complementares, diagnosticou-se um caso de farmacodermia. Foi iniciado o tratamento, com a transfusão de 80 mL de sangue após teste de compatibilidade sanguínea; administração de dexametasona na dose de 2 mg/Kg, IV, SID e 250 mL de solução fisiológica (NaCl a 0,9%). Depois foi prescrita uma solução de limpeza a base de

laurildietileno-glicol-éter-sulfato de sódio, para facilitar à remoção das crostas e secreções indesejáveis, e uma pomada cicatrizante a base de gentamicina, sulfilamida, sulfadiazina, ureia e palmitato de vitamina A.

Antibiótico a base de doxiciclina na dose de 10 mg/Kg VO, SID por vinte e um dias, a fim de combater processos bacterianos e possíveis doenças transmitidas por carrapato, tais como erliquiose e babesiose, já que o animal apresentava uma infestação recente, e suplemento vitamínico, no intuito de repor nutrientes bem como melhorar o valor nutricional do organismo e ainda auxiliando na melhora do apetite.

Posteriormente, o paciente retornou ao atendimento para reavaliação do quadro clínico, no qual foram observados resultados satisfatórios quanto a terapêutica prescrita, sendo observada melhora significativa nas lesões cutâneas, ganho de peso, micções e defecações normais.

Figura 1. Cão da raça Pinscher, idade 10 anos apresentando quadro de farmacodermia (A); paciente recebendo transfusão sanguínea (B); retorno após 17 dias, no qual observou-se resposta terapêutica satisfatória (C); animal 2 meses após tratamento apresentando regressão total da farmacodermia (D)

Fonte: Hospital Veterinário Universitário-UFPI/CPCE, 2020.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Durante a realização do procedimento clínico, pôde-se observar que o paciente portava uma série de disfunções fisiológicas e patológicas, o que para Fries e Crapo (1981) pode ter sido contribuído pela idade do paciente e estresse fisiológico, deixando este suscetível a doenças, podendo leva-lo à morte.

Não existe um fármaco específico que possa desencadear uma reação adversa e nem uma reação específica para determinada droga. Contudo, os medicamentos que mais estão associados a essas lesões são aqueles pertencentes aos grupos de antibióticos, como diz o estudo de Lima *et al*. (2012). Diferindo do presente caso, onde a reação foi desencadeada pelo uso incorreto de inseticida da classe dos piretroides, a cipermetrina.

Esse carrapaticida pertence ao grupo de medicamentos da sua classe que contêm a estrutura alfa-ciano (grupo II) e são geralmente mais tóxicos em comparação com os demais. Possuindo ações farmacológicas tóxicas bastante variáveis, podendo causar vômito, salivação, hiperexcitabilidade, tremores, convulsões, dispneia, broncoespasmo, hipo ou hipertermia, fraqueza, prostração e até o óbito, que geralmente se dá por insuficiência respiratória (TOMIAZZI *et al*., 2016), corroborando com sinais clínicos apresentados pelo paciente em questão.

A reação adversa a cipermetrina teve uma evolução muito rápida e depressiva pois este fármaco é rapidamente absorvido tanto por via dérmica, pelo trato gastrointestinal quando administrado por via oral e pelo trato respiratório, através da inalação do spray ou até mesmo pó. Para ratificar o efeito drástico deste fármaco quando administrado de forma tópica, estudos mostram que a epiderme dos animais é 20 vezes mais permeável a este princípio ativo que a epiderme dos humanos (ABREU & SILVA, 2014).

Em virtude do desprendimento ou até mesmo perda de pele, componente este fundamental no organismo vivo, por servir como barreira protetora, o paciente fica suscetível a desidratação, por conta da grande perda de eletrólitos líquidos, bem como a susceptibilidade a contaminação bacteriana (TRAPP *et al*., 2005). De acordo Rezende *et al*., (2006), quando o paciente se encontra nesse estágio é importante que transfira esse paciente para uma unidade de tratamento intensiva, para que haja a recuperação mais rápida e principalmente reduzir a possibilidade de afecções secundárias. Contudo, por condições maiores, não foi possível realizar a transferência do paciente do ambulatório para a UTI.

De acordo com Dias *et al.* (2017), os principais sinais dermatológicos advindos de reações adversas a medicamentos são variados, estando dentre eles dermatite esfoliativa, urticária liquenóide, necrólise epidérmica, dermatite vesiculobolhosa, angiedema, febre, ceratoconjuntivite seca, dermatite esfoliativa, variáveis graus de prurido e, de acordo Nayak & Acharjya (2008), em casos de reações mais severas têm-se a síndrome de Stevens-Johnson e Necrose Epidérmica Tóxica (NET,) conhecidas como doenças mucocutâneas raras em sua grande maioria desencadeada pela administração de drogas, possuindo elevada mortalidade, diferindo do caso abordado onde não houve necrose dérmica.

Foram realizados exames complementares entres eles hemograma, bioquímica sérica e exames ultrassonográfico no intuito de avaliar o quadro clínico geral do paciente para que se tenha o diagnosticado preciso, bem como descartar outras possíveis afecções, visto que um diagnóstico rápido de farmacodermia é fundamental para evitar o agravamento do quadro clínico (NAYAK & ACHARJYA, 2008).

A anamnese, o exame físico e os exames complementares foram suficientes para fechar o diagnóstico, precedida de medicamento de uso carrapaticida. A medida terapêutica realizada no procedimento clínico foi, de imediato, a suspensão do medicamento, sendo está de suma importância para um bom prognóstico do paciente (ALONZO & CEPEDA, 2000; SEGUNDO *et al*., 2018). Após a retirada da droga desencadeadora da reação, em virtude do quadro clínico do paciente de desidratação, depressão e consequente anorexia, foi recomendado o uso de suplemento vitamínico, antibioticoterapia e soluções antissépticas para remoção de crostas e secreções juntamente com pomadas cicatrizantes para administrar nas lesões (PÉREZ & YABOR, 2001).

4. CONCLUSÃO

O animal respondeu satisfatoriamente a terapêutica estabelecida, evidenciando-se potencialmente efetiva na reversão do quadro clínico.

5. REFERÊNCIAS

ABREU, B.A. & SILVA, D.A. Drogas relacionadas a casos de intoxicações em cães. Acta biomédica Brasiliensia, v. 5, p. 71, 2014.

ALDAMA, A.B.C. *et al*. Formas graves y mortales de lasfarmacodermias: a propósito de 53 casos. Redaccion Medica, v. 3, 2005.

ALEIXO, G.A. S. *et al.* Farmacodermia em um cão após administração de antibióticos do grupo betalactâmico: relato de caso. Arquivo Brasileiro de Medicina Veterinária e Zootecnia, v. 62, p. 1526, 2010.

ALONZO, L. & CEPEDA, L.D.L. Diagnóstico diferencial de reacciones medicamentosas adversas. Revista del Centro Dermatologico Pascua, v. 9, p. 120, 2000.

CABALLERO, A.B.A. *et al*. Farmacodermias em niños. Pediatría - Órgano Oficial de la Sociedad Paraguaya de Pediatria, v. 31, 2004.

DIAS, F.G.G. *et al*. Farmacodermia após administração prolongada de melfalano em cão: relato de caso. Revista Investigação, v. 16, 2017.

FRIES, J.F. & CRAPO, L.M. Vitality and aging implications. San Francisco: W.H. Freeman, 1981. 366p.

GUIMARÃES, C.D.O. *et al.* Farmacodermia em cão da raça Dálmata: Relato de caso. Revista PUBVET, v. 12, p. 1, 2018.

LIMA, D.A.S.D. *et al.* Reação farmacodérmica em cão: relato de caso. MedvepDermato – Revista de Educação Contínua em Dermatologia e Alergologia Veterinária; v. 2, p. 224, 2012.

NAYAK, S. & ACHARJYA, B. Adverse Cutaneous Drug Reactions Indian Journal of Dermatology, v. 53, p. 2, 2008.

PÉREZ, O.P. & YABOR, V.A. Necrólisis epidérmica tóxica: descripción de 1 caso. Revista Cubana de Pediatría, v. 73, p. 245, 2001.

REZENDE, L.R.C *et al.* Necrólise epidérmica tóxica: relato de caso. Pediatria, v. 28, p. 199, 2006.

SANTOS, P.F. *et al.* Farmacodermia: identificação dos tipos, medicamentos envolvidos e classes farmacológicas que acometem pacientes internados na clínica dermatológica. Revista Brasileira de Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde, v. 6, p. 12, 2015.

SEGUNDO, F.A.S. *et al.* Intoxicação acidental por cipermetrina em coelhos: relato de caso. Ars Veterinaria, v. 34, p. 25, 2018.

TOMIAZZI, J.S. *et al.* Investigação da ocorrência de reações adversas com uso de coleira impregnada por deltametrina a 4% em cães. Colloquium Agrariae, v. 12, p. 32, 2016.

TRAPP, S.M. *et al.* Farmacodermia associada a reações sistêmicas em um cão Pinscher Miniatura medicado com a associação de trimetoprim e sulfadiazina. Arquivos de Ciências Veterinárias e Zoologia da Unipar, v. 8, p. 79, 2005.

Capítulo 9

A TEORIA AMBIENTALISTA NO CONTEXTO INTERDISCIPLINAR EM TEMPOS DE COVID-19

Celina J C Silva[1], Francisca G S Martiniano[2], Elane C F L Sousa[2], Vitória C Lima[2], Francisca K A de C Silva[2], Gessica N M Vasconcelos[2], Igor C R Sousa[1], Jhonata P Paiva[1], Maria F de O Araújo[1], Anailda F Vasconcelos[1], Quiriane M Almeida[3]

[1] Graduada(o) em Enfermagem pelo Centro Universitário INTA-UNINTA, Sobral/CE.
[2] Discente de Enfermagem, Centro Universitário INTA-UNINTA, Sobral/CE.
[3] Docente de Enfermagem, Centro Universitário INTA-UNINTA, Sobral/CE.

Palavras-chave: *Coronavírus; ambiente; equipe interdisciplinar de saúde.*

1. INTRODUÇÃO

A teoria ambientalista desenvolvida por Florence Nightingale, na segunda metade do século XIX, na Inglaterra, apresenta como foco principal o meio ambiente, interpretado como todas as condições e influências externas que afetam a vida e o desenvolvimento de um organismo, capazes de prevenir, suprimir ou contribuir para a doença e a morte. A doença é considerada, nessa teoria, um processo restaurador da saúde, e a função da enfermagem é equilibrar o meio ambiente, com o intuito de conservar a energia vital do paciente. A fim de recuperar-se da doença, deve-se priorizar o fornecimento de um ambiente estimulador do desenvolvimento da saúde para o paciente, onde o mesmo é visto como um indivíduo, cujas defesas naturais são influenciadas por um ambiente saudável ou não (MEDEIROS *et al*., 2015).

Nessa perspectiva, sendo a higiene ambiental o foco do cuidado, faz-se necessário o trabalho interdisciplinar em saúde como estratégia de controle de infecção pela COVID-19, a qual define-se como uma doença causada pelo Coronavírus SARS-CoV-2, de quadro clínico que varia de infecções assintomáticas a quadros respiratórios graves.

Desta forma, o novo coronavírus faz parte de uma família de vírus que causam infecções respiratórias**,** podendo variar entre doenças mais graves a um resfriado comum. Foi descoberto em dezembro de 2019 na China (OPAS, 2020).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou, em 30 de janeiro de 2020, que o surto da doença causada pelo novo coronavírus (COVID-19) constituía uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional – o mais alto nível de alerta da Organização. Sendo que em 11 de março de 2020, a COVID-19 foi caracterizada pela OMS como uma pandemia (OPAS, 2020).

O vírus responsável pela COVID-19, pode ser transmitido, principalmente, de pessoa para pessoa**,** por meio de gotículas do nariz ou boca que se espalham quando a pessoa infectada tosse, espirra ou fala. Essas gotículas são relativamente pesadas, não vão longe e caem rapidamente no chão. Mas, se outra pessoa estiver perto o bastante, podem respirar ou engolir as mesmas. As gotículas também podem fixar-se em objetos e superfícies ao redor**,** como mesas, cadeiras, celulares, copo**s**, corrimãos, entre outros.

Quando uma pessoa pega em objetos contaminados e leva as mãos para os olhos, nariz ou boca, torna-se vulnerável à infecção. Por isto a importância de manter a distância de pelo menos 1 metro do outro, assim como lavar as mãos regularmente com água e sabão**,** ou limpá-las com álcool em gel (OPAS, 2020).

Dado o exposto da pesquisa, os sintomas mais comuns da COVID-19 são febre, cansaço e tosse seca. Alguns pacientes podem apresentar dores, congestão nasal, dor de cabeça, conjuntivite, dor de garganta, diarreia, perda de paladar ou olfato, erupção cutânea ou descoloração dos dedos das mãos ou dos pés. Esses sintomas geralmente são leves e começam gradualmente. Algumas pessoas são infectadas, mas apresentam apenas sintomas muito leves (OPAS, 2020).

Até o momento, não há vacinas ou medicamentos específicos para a COVID-19. Os tratamentos estão sendo investigados e serão testados por meio de estudos clínicos. Desta forma, para o quadro atual, conta-se apenas com aconselhamentos de prevenção, buscando-se medidas de contenção pelo autocuidado, como lavagem correta das mãos com água e sabão, utilização de álcool em gel, uso de máscaras, alimentação saudável, assim como distanciamento mínimo de 2 metros de qualquer pessoa tossindo ou espirrando (OPAS, 2020).

Sabendo-se que a COVID-19 é uma doença altamente contagiosa e seu principal meio de prevenção é a higiene pessoal, limpeza de ambientes contaminados e o uso de Equipamento de Proteção Individual (EPI)**,** faz-se necessário que a rotina de Unidades

Básicas de Saúde e hospitalares, juntamente com sua equipe interdisciplinar, passem por grandes mudanças, das quais a paramentação e cuidados redobrados, para passarem a ser ambientes seguros, tornou-se fundamental para um trabalho de excelência, o qual irá refletir na educação da população, grupo este tido como principal alvo deste cuidado.

Portanto, o objetivo desse estudo é relatar a teoria ambientalista no contexto interdisciplinar em tempos de Covid-19.

2. MÉTODO

O presente estudo trata-se de um relato de experiência, de abordagem qualitativa, realizado por cinco acadêmicos de enfermagem, três médicos, cinco enfermeiros, oito técnicos de enfermagem, um fisioterapeuta e um psicólogo, a partir da vivência oriunda do campo prático de estágio, no âmbito da emergência hospitalar, realizada no município de Sobral - CE, no período de abril de 2020.

A ação aconteceu neste momento pandêmico atual, onde foi de crucial importância a adaptação e preparação da emergência para a recepção de pacientes acometidos por síndrome gripal. Algumas medidas foram essenciais para tomadas de decisões**,** como a adaptação da ala da emergência para realização da triagem de todos os pacientes que apresentassem sintomas de gripe, febre ou insuficiência respiratória**,** seguindo um fluxograma de perguntas para situação real apresentada pelo paciente (Figuras 1).

Figura 1. Imagens das adaptações feita na ala de emergência para realização da triagem nos pacientes

Fonte: elaborado pelo autor, 2020.

A infraestrutura foi readaptada, tornando-se um ambiente mais arejado, amplo e de fácil ventilação. A equipe organizou um espaço de lotação de forma isolada**,** com distanciamento de cinco metros de um paciente para outro (Figura 2), assim como uma capacitação para os profissionais de saúde sobre o manejo correto e uso dos EPIs, além correta higienização das mãos (Figuras 3 e 4).

Figura 2. Imagem do espaço de lotação para pacientes, com distanciamento adequado

Fonte: elaborado pelo autor, 2020.

Figura 3. Imagem do aluno representando na capacitação o uso correto de EPIS

Fonte: elaborado pelo autor, 2020.

Na ocasião, contou-se com um momento de educação em saúde para os pacientes e acompanhantes sobre a conscientização do isolamento social, higiene pessoal, de superfícies, sobre como conviver com pessoas infectadas no ambiente domiciliar e assim

como com medidas de segurança para não contaminação do domicílio frente ao contexto pandêmico atual, conforme a teoria ambientalista de Florence Nightingale.

Figura 4. Profissionais paramentados após a capacitação

Fonte: elaborado pelo autor, 2020.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Com base no trabalho desenvolvido, pôde-se perceber a efetividade na aplicação da teoria ambientalista no âmbito hospitalar e social para com os pacientes.

Com isto, a equipe aderiu à mudança dos padrões de lavagem das mãos, antes e após o contato com o paciente, convenceu-se sobre a importância do uso correto dos EPIs na garantia do cuidado seguro, percebeu-se a higiene do ambiente de trabalho a partir de mudanças favoráveis, Observou-se, também, novas formas de abordagem aos usuários, que demonstraram grande aceitabilidade da atividade, ao expressarem suas dúvidas e saná-las a partir das colocações claras, objetivas e didáticas repassadas pela equipe promotora da intervenção.

Após o desenvolvimento deste trabalho, pode-se perceber a relação de Florence Nightingale com as práticas de saúde atuais, frente a sua influência por meio da teoria ambientalista e demais práticas, as quais deram nova concepção à saúde pública e ao ambiente hospitalar, mostrando que, mesmo em era pré-bacteriana, Florence não ignorou a importância dos cuidados frente às infecções relacionadas à assistência à saúde.

Desta forma, a teoria ambientalista trouxe como percepção a influência do ambiente para as defesas naturais do indivíduo, reafirmando o quanto as condições

externas, sejam elas saudáveis ou hostis, interferem no processo de saúde-doença do indivíduo, evidenciando-se, assim, a importância do trabalho interdisciplinar voltado para a manipulação do ambiente e melhores condições de cuidado ao paciente.

De modo geral, a aplicabilidade da teoria em questão contribuiu de forma significante para a formação dos profissionais e usuários, garantindo assim, um ambiente seguro, seja no âmbito hospitalar ou no domiciliar.

Além do mais, considera-se a importância deste trabalho mediante às frequentes discussões sobre melhorias no processo de cuidar e preparo dos profissionais envolvidos, no intuito de colaborar com o trabalho do profissional e comodidade do paciente.

4. CONCLUSÃO

Diante das situações vivenciadas em tempos pandêmicos, em especial na realidade deste município no qual foi retratada a experiência, observa-se a grandeza da influência deixada por Florence através de sua teoria e sua crescente contribuição para o combate da COVID-19.

Assim, os pressupostos da teoria ambientalista proporcionaram um aprofundamento acerca dos reais comportamentos a serem adotados, para que assim pudessem surtir êxito em meio a tanto caos. Desta forma, os resultados colhidos desta experiência são subsídios para uma reflexão sobre a realidade vivenciada por todo o mundo, assim como se faz necessária a busca de inovações que fortaleçam a prática profissional.

Como limitações, pode-se considerar a escassez dos recursos de proteção e informação, devido a necessidade do alto consumo, assim como a não colaboração de alguns pacientes e o risco diante da vasta facilidade de disseminação do vírus.

Em suma, espera-se que o presente relato auxilie na disseminação do conhecimento a respeito desta temática, que muitos profissionais possam seguir o exemplo de Florence, principalmente diante de um momento pandêmico como este, que exige uma atenção diferenciada para a higiene, pode-se prevenir a disseminação viral com o simples hábito de higiene, e que o estudo estimule o desenvolvimento de novos trabalhos e estratégias que visem o bem-estar da população.

5. REFERÊNCIAS

MEDEIROS, A.B.A. *et al*. Teoria ambientalista de Florence Nightingale: uma análise crítica. Escola Anna Nery, v. 19, p. 518, 2015.

OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde. COVID-19 (doença causada pelo novo coronavírus). Brasília (DF); 2020. Disponível em: < https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6101:covid19&Itemid=875>. Acesso em: 30 mai. 2020.

Capítulo 10

A IMPORTÂNCIA DA ATIVIDADE FÍSICA NA TERCEIRA IDADE: REVISÃO INTEGRATIVA

Carmem V. S. Vieira[1], Daniela F. de A. S. Soares[1], Disraeli R. da R. Filho[2]

[1] Discente do Curso de Enfermagem do Centro Universitário Santo Agostinho-UNIFSA, Teresina/PI.
[2] Docente do Departamento de Enfermagem, Centro Universitário Santo Agostinho-UNIFSA, Teresina/PI.

Palavras-chave: *Saúde do idoso; doenças crônicas não transmissíveis; envelhecimento saudável.*

1. INTRODUÇÃO

O envelhecimento é um processo natural, intrínseco e irreversível onde há modificações sociais, psicológicas, diminuição da produção hormonal, redução de massa e força muscular que irão afetar diretamente funcionalidade do idoso, tornando-o mais vulnerável e propenso a maior incidência de processos patológicos que terminam por levá-lo a incapacidade e/ou morte.

Em 2010 a população idosa no Brasil era de 10,77 milhões de pessoas. Hoje, este número ultrapassa os 13,72 milhões e a expectativa é que, até 2060, este número chegue aos 42,62 milhões de idosos (IBGE, 2018). Caracterizado por um elevado nível de doenças crônicas com alta prevalência de mortalidade de morbidade, onde uma grande parcela desses idosos é portadora de uma ou mais doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) ou disfunções orgânicas (BRASIL, 2017).

Patologias como a hipertensão (HAS), diabetes *mellitus* (DM), osteoporose, problemas orteoarticulares e cardiopatias, podem interferir negativamente no processo de envelhecimento, deixando o idoso em uma situação de maior fragilidade, ainda mais quando acompanhados de comportamentos como tabagismo, etilismo e má alimentação, onde o sexo feminino tem uma maior prevalência quando comparado ao sexo masculino. (SILVA *et al.*, 2018).

Com o declínio das funções motoras e neurológicas, os idosos muitas vezes tendem a se isolar. Situações como perda da funcionalidade, morte de entes queridos, afastamento social, sentimentos de inutilidade, ansiedade e frustação podem levá-lo à perda de sentido na vida e consequentemente a depressão, muito comum na terceira idade. O exercício físico pode agir como um fator de proteção e retardamento desse declínio no sistema nervoso central e muscular, pois a aderência de algum tipo de atividade física trazem mudanças que podem contribuir de forma positiva para o desenvolvimento das habilidades para lidar com tensões e frustrações do seu cotidiano (HERNANDEZ & VOSER, 2019).

As modificações naturais do processo de envelhecimento (senescência) podem ser agravadas pela presença das DCNT aos indivíduos que mantêm um estilo de vida sedentário associado à má alimentação, acelerando dessa forma o processo de envelhecimento tornando-os mais vulneráveis a patologias (LIMA & PIETSAK, 2016).

Os idosos são considerados os principais usuários dos serviços de saúde, pois utilizam mais os serviços de internação quando comparado aos demais grupos etários, bem como permanecem por mais tempo internados. As causas de internação mais comuns entre idosos estão relacionadas às doenças cuja ocorrência e agravamento são mutáveis de acordo com a modificação do estilo de vida (ALBUQUERQUE *et al*., 2018).

O Estatuto do idoso, Lei nº 10.741 de 1 de outubro de 2003, tem como papel principal garantir à pessoa idosa o direito a inclusão social, o respeito e melhor qualidade de vida. Assegura-lhe o direito contínuo nas ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde com atenção aos agravos que afetam preferencialmente os idosos, dispondo ao idoso atendimento preferencial no Sistema Único de Saúde; distribuição de remédios de uso continuado de forma gratuita e direito a educação, cultura, esporte e lazer (BRASIL, 2003).

A temática deu-se através de trabalhos realizados na Disciplina Maturidade Humana I, com idosos que praticam atividades físicas em uma academia ao ar livre situada no município de Teresina-PI, onde surgiu o questionamento sobre a importância da atividade física na terceira idade como método eficaz para preservação da capacidade funcional, promoção em saúde e prevenção das DCNT que acometem essa população.

Tendo como objetivo geral verificar a importância da atividade física na terceira idade como método eficaz para preservação da capacidade funcional, promoção em saúde e prevenção das comorbidades que acometem os idosos, e objetivo específico de identificar a melhora na funcionalidade dos idosos praticantes de atividades físicas e

relacionar com redução e/ou controle dos índices de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), diminuição de processos relacionados à utilização de medicamentos para controle das comorbidades e adoecimentos.

2. MÉTODO

A estratégia utilizada para esta pesquisa foi a PICO que cada letra da sua palavra representa População, Interesse, Comparação e "Outcomes" (Resultado esperado). Componente fundamental para projeção de um trabalho e de construção de uma pergunta para a busca bibliográfica de evidências. A estratégia PICO pode ser utilizada para construir questões de diversas pesquisa das naturezas, um recurso organizado e prático para o desenvolvimento do estudo conforme descreve o Quadro 1.

Quadro 1. Estratégia PICO utilizada como base da pesquisa

P - População	Estudos sobre a população idosa que pratiquem atividades físicas, como estratégia para manutenção da capacidade funcional, autonomia, controle ou prevenção de morbidades.
I - Interesse	Identificar a importância da atividade física na terceira idade como método eficaz para preservação da capacidade funcional, promoção em saúde e prevenção das DCNT.
C - Comparação	Fazer uma breve comparação dos idosos que praticam atividade física, relacionando com a diminuição das DCNT e melhoria da capacidade funcional na terceira idade.
O - (Resultado esperado)	Relatar a importância das atividades físicas na terceira idade para obtenção de um envelhecimento saudável.

Fonte: elaborado pelo autor, 2020.

2.1. Revisão Integrativa

Trata-se de uma revisão integrativa, desenvolvida com artigos publicados no período de 2015 a 2019 nas seguintes bases eletrônicas: BVS, PubMed, SciELO e LILACS. A busca foi realizada em março de 2020 onde foram utilizadas como palavras-chave Saúde do Idoso (*Health of the Elderly*), Doenças Crônicas não Transmissíveis, Envelhecimento Saudável (*Healthy Aging*), Exercício Físico (*Physical Exercise*) e seus

respectivos sinônimos, português e inglês, fazendo o cruzamento utilizando o booleano AND, conforme está descrito no Quadro 2.

Quadro 2. Caracterização das bases de dados selecionadas, expressão de busca e resultados

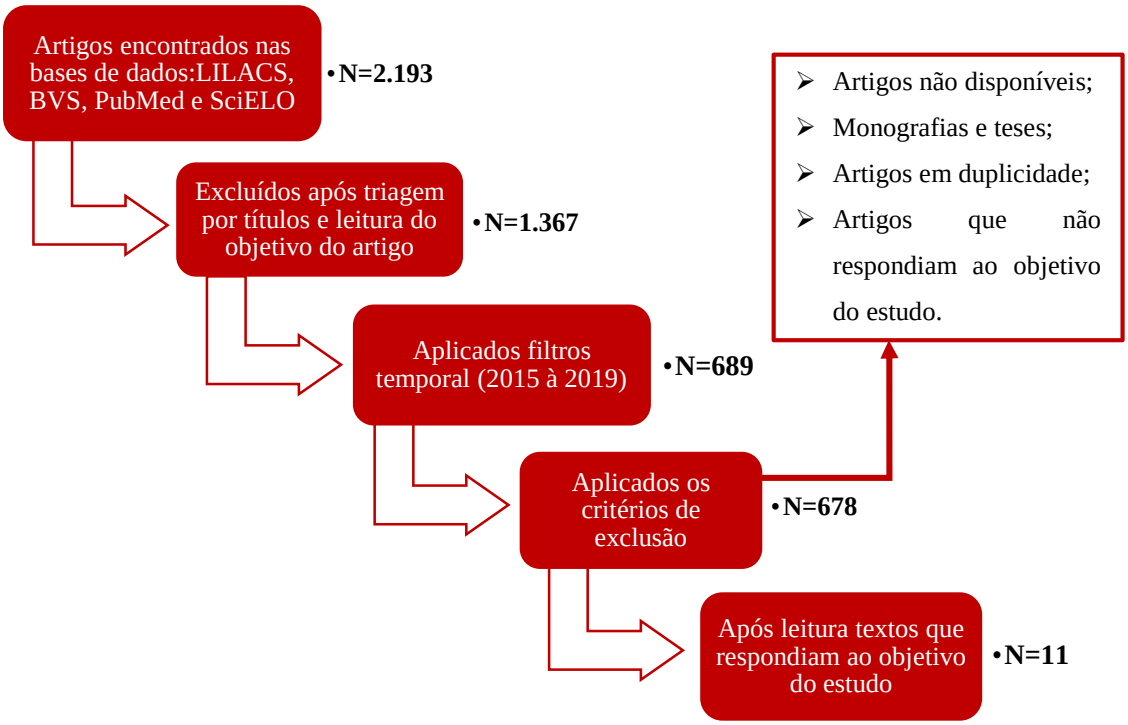
Bases	Expressão de Busca	Resultado
BVS	Doenças crônicas não transmissíveis AND Exercício Físico AND Saúde do idoso	66 artigos
SciELO	Saúde do Idoso AND Exercício Físico/ Envelhecimento Saudável AND/ Envelhecimento Saudável AND doenças crônicas não transmissíveis	58 artigos
PubMed	Health of the Elderly AND Healthy Aging/ Physical Exercise AND Healthy aging	2.022 artigos
LILACS	Exercício Físico AND doenças crônicas não transmissíveis	47 artigos

Fonte: elaborado pelo autor, 2020

2.2. Critérios de inclusão e exclusão

De acordo com a pesquisa nas bases de dados foram encontrados 2.193 onde foi feita uma triagem de acordo com o título e leitura do objetivo do artigo e utilizados os critérios de inclusão: idiomas português, espanhol e inglês, artigos completos disponíveis e publicados nos últimos cinco anos. Quanto aos critérios de exclusão, estabeleceram-se artigos em duplicidade; artigos que não indicassem a importância da atividade física; monografias e teses. Dessa forma, ao aplicar os critérios de inclusão e exclusão, a amostra final foi composta por 11 artigos que respondiam ao objetivo do estudo. A descrição das bases utilizadas nesta pesquisa, critérios de inclusão e exclusão, intervenções realizadas e principais resultados estão descritos na Figura 1.

Figura 1. Fluxograma com os resultados da seleção dos artigos.



Fonte: elaborado pelo autor, 2020.

O Quadro 3 contempla as informações dos objetivos sobre os artigos selecionados para a revisão onde observasse que três artigos tiveram como foco os benefícios da atividade física na prevenção de doenças e qualidade de vida; dois artigos focaram na atividade física e sua relação com o uso de medicamentos; um no perfil da clientela idosa hospitalizada e permanência hospitalar; um artigo na prática de aconselhamento sobre atividade física por parte dos profissionais de saúde da atenção primária; um artigo investigou a relação entre o exercício físico regular e a depressão em idosos; um artigo verificou o efeito da atividade física sobre a reatividade vascular em idosas hipertensas; um artigo investigou benefícios do exercício físico no envelhecimento, e especificamente na fragilidade; um avaliou o perfil sociodemográfico e clínico de idosos diabéticos e/ou hipertensos acompanhados pelas equipes de Saúde da Família.

Dos 11 artigos incluídos na revisão, quatro utilizaram como abordagem o método quantitativo, quatro qualitativo e três quanti-quali. Onde o tipo de estudo exploratório-descritivo foi utilizado em seis artigos; cinco estudos transversais e as técnicas utilizadas

foram: duas entrevistas; quatro questionários; três testes e duas análises de dados (Quadro 4).

Quadro 3. Distribuição dos artigos segundo autores, títulos e objetivos

Autores/Título	Objetivos
ALBUQUERQUE, E.R.N. *et al*. Perfil epidemiológico de idosos hospitalizados em um hospital universitário.	Conhecer o perfil da clientela idosa hospitalizada referentes à permanência hospitalar e identificação de percentuais de morbidade.
CABOIM, F.E.P. *et al*. Benefícios da atividade física na terceira idade para a qualidade de vida.	Descrever a experiência de idosos perante os benefícios da atividade física para a qualidade de vida e citar os benefícios da atividade física para a qualidade de vida na terceira idade.
CARVALHO, L.V.P. *et al*. Efeito da atividade física sobre a reatividade vascular em idosas hipertensas.	Verificar o efeito da atividade física sobre a reatividade vascular em idosas hipertensas.
HÄFELE, R.C. & SIQUEIRA, F.V. Intervenções com profissionais de saúde da atenção primária sobre aconselhamento à atividade física.	O objetivo do estudo foi descrever as intervenções realizadas com profissionais de saúde na atenção primária com o foco no aumento do aconselhamento à prática de atividade física.
HERNANDEZ, J.A.E. & VOSER, R.C. Exercício físico regular e depressão em idosos	Esta pesquisa investigou a relação entre o exercício físico regular e a depressão em indivíduos idosos.
IZQUIERDO, M. Prescripción de ejercicio físico. El programa Vivifrail como modelo.	Os benefícios do exercício físico no envelhecimento, e especificamente na fragilidade, estão associados a uma diminuição do risco de mortalidade, doenças crônicas, institucionalização e comprometimento cognitivo e funcional.
LIMA, F.K.S.M. & PIETSAK, E.F. Saúde do Idoso: atividade física, alimentação e qualidade de vida.	Apresentar os benefícios da prática de atividade física para a prevenção de doenças, e para a qualidade de vida da pessoa idosa.
PONTE, E.M.K.C. *et al*. Saúde do Idoso: Abordagem Preventiva Em Um Grupo De Caminhada.	Verificar o possível benefício das atividades físicas desenvolvidas por uma equipe multidisciplinar em um grupo de idosos.
SANTOS, M. & MATSUDOII, V.K.R. Atividade física e uso de medicamentos.	Revisar a literatura e apresentar as evidências sobre a atividade física e/ou exercício físico e sua relação com o uso de medicamentos.
SCOLESE M, RACHED CDA, DE LIBERAL MMC. The Physical Exercise as a Strategy of Reduce Costs with Medicine for Aged.	Proporcionar uma reflexão crítica a partir da revisão da literatura para descrever o panorama atual sobre a importância dos exercícios físicos na melhoria da qualidade de vida dos idosos, além do uso de medicamentos.
SILVA, P.A.B. *et al*., Perfil sociodemográfico e clínico de idosos acompanhados por equipes de Saúde da Família sob a perspectiva do gênero.	Avaliar o perfil sociodemográfico e clínico de idosos diabéticos e/ou hipertensos acompanhados pelas equipes de Saúde da Família sob a perspectiva do gênero.

Fonte: elaborado pelo autor, 2020.

Quadro 4. Abordagem, tipo de estudo, participantes e técnicas utilizadas para a coleta de dados

Abordagem	Resultado
Quantitativo	4
Qualitativo	4
Quantitativo-Qualitativo	3
Tipo de Estudo	**Resultado**
Exploratório-descritivo	6
Estudo Transversal	5
Técnicas Utilizadas	**Resultado**
Entrevista	2
Questionário	4
Testes	3
Análise de dados	2

Fonte: elaborado pelo autor, 2020.

De acordo com as Tabelas 1 e 2 durante os anos de 2019 e 2018 foram publicados 81,9% dos artigos relacionados a atividade física na terceira idade, onde a região Nordeste publicou 54,5% referentes ao tema seguido da região Sudeste que publicou 27,3% dos artigos encontrados.

Tabela 1. Distribuição das produções científicas segundo o ano de publicação (n=11)

Ano de Publicação	N	%
2015	0	0
2016	1	9,1
2017	1	9,1
2018	4	36,4
2019	5	45,5
Total	**11**	**100,0**

Fonte*:* elaborado pelo autor, 2020

Tabela 2. Distribuição das produções científicas segundo regiões de publicação (n=11)

Regiões	N	%
Nordeste	6	54,5
Sul	1	9,1
Sudeste	3	27,3
Norte	0	0,0
Centro-oeste	0	0,0
Norte (Espanha)	1	9,1
Total	**11**	**100,0**

Fonte: elaborado pelo autor, 2020

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O estudo mostrou que a prática de atividade física, gera benefícios para a saúde da pessoa idosa, trazendo melhor qualidade de vida, prevenindo e minimizando os efeitos das DCNT, visto também que o idoso que possui uma vida fisicamente ativa, tem uma melhor interação com o ambiente em que vive, o que, consequentemente, pode estar associado com o melhor desempenho mental do idoso. Dentre outros benefícios da prática do exercício físico na vida do idoso estão diminuição da pressão arterial (PA), a conquista da sua independência e autonomia, melhora da força de músculos respiratórios, da massa muscular, da densidade óssea, contribuindo diretamente com uma redução do risco de quedas e fraturas. Estas habilidades contribuem também para o aumento da autoconfiança e da autoestima do idoso e, consequentemente, para a prevenção ou redução do adoecimento.

Por fim, esta pesquisa mostrou-se bem-sucedida, cobrindo o objetivo feito inicialmente. Evidenciou-se que idosos que praticam atividade física tem uma melhor qualidade de vida comparado aqueles que não praticam atividade física no que tange aos índices de redução de medicamentos, quedas, melhora na autonomia e níveis de depressão. Não havendo dúvidas acerca da importância da atividade física na terceira idade, haja vista que está forte e claramente relatada na literatura dessa linha de pesquisa, tanto no âmbito nacional quanto internacional, conforme revelaram as revisões sistemáticas.

A aderência às atividades físicas de forma regular traz benefícios à saúde dos idosos mesmo quando a prática é iniciada em uma fase tardia da vida, sendo favorável também para portadores de DCNT, prevenindo e reduzindo os níveis de doenças

associadas ao sedentarismo, tornando-se um dos meios fundamentais para proporcionar uma velhice independente e com maior qualidade de vida, influenciando de forma significativa para o envelhecimento saudável visto que o declínio funcional decorrente do aumento da idade tem ligação direta com o estilo de vida sedentário (PONTE *et al*., 2019).

A prática de atividade física tende a melhorar o desempenho nas funções do dia a dia, garantindo autonomia prolongada, liberdade para locomoverem-se sozinhas, desenvolverem tarefas diárias e interagirem com a sociedade, além de promover bem-estar físico e mental, embora encontrem dificuldade em falarem sobre os tipos de exercícios praticados, apresentaram de forma objetiva e com empolgação o bem estar adquiridos com os movimentos físicos e os benefícios para a realização das atividades rotineiras, deixando clara a importância da inserção da atividade física na terceira idade (CAMBOIM *et al.,* 2017).

Efetiva como um tratamento não farmacológico, a atividade física atua na redução da pressão arterial, estresse e na diminuição significativa da PA, contribuindo para minimizar os fatores de risco que podem gerar um pico hipertensivo e agravo na saúde da pessoa idosa. Além de contribuir na diminuição da gordura corporal, melhora da circulação sanguínea, melhor circulação periférica, melhora da capacidade aeróbica, sendo que as principais alterações físicas estão relacionadas com o aumento de força, alteração de massa corporal, flexibilidade (CARVALHO *et al*., 2018).

A prática de forma gradativa com treinamentos específicos em idosos com síndromes associadas a fragilidade mostrou uma relevante redução de quedas, melhor resistência muscular e melhoria na capacidade física dos idosos frágeis. Combinando treinamentos de força, resistência, equilíbrio e marcha como elementos fundamentais para a manutenção a independência nas atividades básicas da vida cotidiana do idoso (IZQUIERDO, 2019).

A atividade física contribui na redução de medicamentos anti-hipertensivos, hipoglicêmicos e os anti-hipercolesterolêmicos, menor gravidade de doenças infecciosas, menor carga viral e indicadores inflamatórios, além de permanecerem internados por menos tempo e terem um período de cicatrização mais rápido, quando submetidos a cirurgias, demonstrando a eficácia da atividade física aliada a uma alimentação saudável. Devendo ser estimulada não somente para a redução no consumo de medicamentos, mas também como tratamento não medicamentoso para tratar e prevenir as DCNT responsáveis por uma grande parcela dos custos para a saúde pública, que poderiam ser reduzidos com a mudança do estilo de vida (SANTOS & MATSUDO, 2018).

A falta de um maior acolhimento e incentivo por parte dos profissionais que atuam na atenção básica no que se refere a prática de atividades físicas na terceira idade surte como um efeito negativo, pois a atividade física surge como grande aliado no enfrentamento das DCNT atuando na redução das comorbidades em idosos não ativos (HÄFELE & SIQUEIRA, 2018).

Dessa forma implementação de programas de orientação e promoção por parte das unidades básicas de saúde através de aconselhamentos sobre atividades físicas e ação multiprofissional entre as diferentes áreas do conhecimento em saúde para promover mudanças em busca de um estilo de vida saudável na terceira idade vinculados a programas de exercícios físicos é um importante fator para a minimizar o declínio físico associado ao envelhecimento natural, tornando-se um meio eficaz na busca de um estilo de vida saudável, autonomia e independência. (SCOLESE *et al*., 2019).

5. CONCLUSÃO

Conclui-se que a atividade física contribui efetivamente como um tratamento não farmacológico na prevenção e manutenção da saúde para a população da terceira idade, estimulando a autonomia e o autocuidado, minimizando o acometimento das DCNT, contribuindo para preservação da musculatura, melhora da motricidade, diminuição de dores articulares, aumento da densidade mineral óssea, melhoria da capacidade aeróbia, força, flexibilidade, na diminuição da resistência vascular, melhora do sono, redução de medicamentos, aumento da resposta imune e um grande aliado na diminuição dos níveis de depressão. O idoso que se encontra mais ativo e participativo na sociedade goza de uma melhor qualidade e expectativa de vida concluindo que há uma relação benéfica entre a atividade física e a qualidade de vida na terceira idade.

Vale enfatizar que a atividade física, mesmo sendo praticada apenas na fase idosa da vida, ainda é bastante eficaz e proveitosa principalmente se o idoso apresentar algum tipo de comorbidade. Tornando-se um meio eficaz de minimizar os efeitos fisiológicos e psicológicos ajudando o idoso na busca de um envelhecimento saudável quando praticado de forma regular, levando a uma diminuição de gastos com medicamentos e internações. No entanto, torna-se necessário que estratégias de orientação e acompanhamento à atividade física sejam elaboradas a nível de Atenção Básica, por esta ser a porta de entrada do SUS.

Os resultados desse estudo corroboram com o levantamento bibliográfico realizado, concluindo desta forma, que novos estudos devem ser realizados para melhor entendimento da temática. Para a comunidade científica, o estudo beneficiará os pesquisadores, podendo ser utilizado como contribuição para embasar pesquisas futuras os quais podem indicar novas metas e procedimentos preventivos contribuindo para um novo olhar para saúde da população idosa.

6. REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, E.R.N. *et al.,* Perfil epidemiológico de idosos hospitalizados em um hospital universitário. GEP News. v. 2, p. 210, 2018

BRASIL. Lei nº 10741, de 1 de outubro de 2003. Estatuto do Idoso. Brasília, Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741compilado.htm. Acesso: 09 de mar. 2020.

CABOIM, F.E.P. *et al.* Benefícios da atividade física na terceira idade para a qualidade de vida. Revista de Enfermagem UFPE online. v. 11, p. 2415, 2017.

CARVALHO, L.V.P. *et al.* Efeito da atividade física sobre a reatividade vascular em idosas hipertensas. Conscientia e Saúde. v. 17, p. 248, 2018.

HÄFELE, V. & SIQUEIRA, F.V. Intervenções com profissionais de saúde da atenção primária sobre aconselhamento à atividade física: revisão sistemática. Journal of Physical Education, v. 30, p. 3021, 2019.

HERNANDEZ, J.A.E. & VOSER, R.C. Exercício físico regular e depressão em idosos. Estudos e Pesquisas em Psicologia, v. 19, p. 718, 2019.

IBGE. Projeção estimativa da população do Brasil e das Unidades da Federação. 2018. Disponível em: https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/. Acesso: 09 de mar. 2020.

IZQUIERDO, M. Prescripción de ejercicio físico. El programa Vivifrail como modelo. Nutrición Hospitalaria. ARAN Ediciones, v. 36, p. 50, 2019.

LIMA, F.K.S.M & PIETSAK, E.F. Saúde do Idoso: atividade física, alimentação e qualidade de vida. Extendere, v. 4, p. 49, 2016.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Saúde da pessoa idosa: prevenção e promoção à saúde integral. 2017. Disponível em: www.saude.gov.br/saude-de-a-z/saude-da-pessoa-idosa/. Acesso em: 09 mar. 2020.

PONTE, E.M.K.C. *et al.* Saúde do idoso: Abordagem preventiva em um grupo de caminhada. Revista Expressão Católica Saúde, v. 4, p. 74, 2019

SANTOS, M. & MATSUDO, V.K.R. Atividade física e uso de medicamentos. Diagnóstico e Tratamento, v. 23, p. 152, 2018.

SCOLESE, M. *et al*. The physical exercise as a strategy of reduce costs with medicine for aged. International Journal of Preventive Medicine. 2019, v. 25, p. 153, 2019.

SILVA, P.A.B. *et al*. Sociodemographic and clinical profile of elderly persons accompanied by Family Health teams under the gender perspective**.** Revista Fundamental Care, v. 10, p. 97, 2018.

Capítulo 11

AFETAÇÕES DO ESTUDANTE DE MEDICINA DIANTE DO PRIMEIRO CONTATO COM OS PACIENTES

Marcos Vinícius Bertoldo Gomes[1], Fábio Solon Tajra[2]

[1] Discente de Medicina, Universidade Federal do Piauí, Teresina - PI.
[2] Docente do Departamento de Medicina Comunitária, Universidade Federal do Piauí, Teresina - PI. Representante da Plataforma Multidisciplinar de Políticas de Saúde do Centro de Inteligência em Agravos Tropicais Emergentes e Negligenciados - CIATEN.

Palavras-chave: *Medicina; estudante; educação médica.*

1. INTRODUÇÃO

Tem sido bastante discutido, atualmente, acerca da implementação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para o curso de medicina (PEDROSA, 2019). Um dos grandes desafios é incorporar um modelo dinâmico diante das dimensões político-pedagógicas que relacione teoria e prática e que também oportunize a interação ensino-serviço-comunidade (BRASIL, 2014; MENDES *et al.*, 2018).

Apesar de um movimento importante no país em prol dessa mudança, ainda se percebem propostas imersas em uma concepção tradicional, bancária e fragmentada. Aliado a isso, reconhece-se projetos em que o contato entre discentes, profissionais de saúde e a comunidade acontece tardiamente (VIEIRA *et al.*, 2014).

Alguns autores mencionam que a inserção do discente junto aos serviços e à comunidade, logo no início do curso, possibilita o desenvolvimento de saberes e práticas diversas e adequadas a nova proposta curricular (VASCONCELOS & RUIZ, 2015). Esse tipo de vivência tem oportunizado um aprendizado múltiplo que extrapola o conhecimento teórico de condutas e procedimentos e se baseia em necessidades, demandas e representações de usuários imersos em cenários e contextos particulares, além do desenvolvimento de responsabilidade social e cidadania que o discente levará consigo durante sua prática profissional (KALUF *et al.*, 2019; SOUSA-MUNOZ *et al.*,

2011; ALMEIDA *et al.*, 2012). Nesse sentido, deve-se oportunizar experiências que aproximem a teoria e a prática e viabilizem este tipo de integração (BRANDÃO *et al.*, 2013).

Alguns estudos descrevem a associação entre contato precoce do discente com os usuários e o sistema de saúde e mencionam maior maturidade emocional e profissionalismo (KALUF *et al.*, 2019; SOUSA-MUNOZ *et al.*, 2011). É possível que essa inserção precoce no campo de práticas possibilite o desenvolvimento da empatia, compaixão e comunicação e, ainda, auxilie na maturidade intelectual devido à oportunidade de vivenciar o contato com diversos pacientes e suas histórias de vida (KALUF *et al.*, 2019).

No entanto, é preciso desenvolver estratégias de acompanhamento e monitoramento dos discentes nesse momento. Isso se justifica pelo fato de que o primeiro contato do discente com o usuário poderá alçar sentimentos, impressões e situações ainda desconhecidas e intrinsecamente relacionadas ao campo do futuro profissional que precisam ser apreendidas. Com base nisso, elaboramos uma pergunta disparadora para esse estudo: que afetações são geradas ao discente no primeiro contato com o paciente?

Este estudo se justifica pela necessidade de identificar as necessidades e demandas dos discentes quanto a essa etapa na sua formação e desenvolvimento profissional. A partir disso, poderemos refletir sobre os aspectos a serem enfatizados e as atividades mais oportunas. Esperamos que essa produção apoie o trabalho dos Núcleos Docentes Estruturantes (NDE) e contribua para a organização e funcionamento dos cursos de medicina no país.

Assim, o objetivo desse estudo foi compreender as afetações geradas ao discente no primeiro contato com o paciente.

2. MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, gerado a partir de um projeto de pesquisa submetido ao edital Nº 01/2018 - CPES/PROPESQ/UFPI - Programa de Iniciação Científica Voluntária - ICV. A produção desse relato se deu a partir de reflexões do autor (principal) diante das suas práticas, enquanto acadêmico de medicina da Universidade Federal do Piauí (UFPI). Naquela ocasião, o autor (principal) estava diante da primeira oportunidade de aproximação com o paciente sob o ponto de vista clínico. Essa aproximação com o paciente estava relacionada com uma série de

emoções e sentimentos. São as afetações produzidas nesse momento que estão reunidas nesse estudo.

No contexto de identificação das técnicas e métodos para a produção de dados, foi utilizada a Versão de Sentido (VS) que trata de "um relato livre, que não tem a pretensão de ser um registro objetivo do que aconteceu, mas sim de ser uma reação viva a isso" (AMATUZZI, 2010:74). Faz referência a uma afetação do pesquisador diante da experiência imediata, escrito ou falado imediatamente após o ocorrido, e como uma palavra primeira (AMATUZZI, 2010).

Naquela ocasião, a VS se deu a partir da elaboração de uma ilustração, seguida de sua descrição, gerada a partir da afetação do pesquisador diante da experiência da prática clínica e dos significados atribuídos a cada uma delas no contato com o paciente. As aulas práticas da disciplina de Semiologia foram realizadas no hospital universitário da UFPI, em grupos de oito alunos, sob a supervisão de um docente, uma vez por semana e por um período de quatro horas. Os pacientes para a prática semiológica eram recrutados de acordo com o quadro clínico e condizente com o conteúdo das aulas teóricas.

O autor (principal) também realizou a prática da semiologia de anamnese e exame físico em momentos extra-classe, que também renderam experiências para a produção dos dados. Esses momentos eram realizados junto aos monitores como etapa de aprofundamento dos estudos. Imediatamente após cada encontro, foi feito registro das impressões, afetações e a idealização dos desenhos que foram executados em um momento posterior. Estas informações foram transcritas e compuseram um diário visual junto com os desenhos. Ao final, foram produzidos dez diários com as versões de sentido.

As afetações aqui registradas constituem produto da estesia e da tomada de consciência do pesquisador. Está relacionada com o exercício de empatia e manifesta perspectiva crítico-reflexiva do pesquisador principal (FINLEY, 2015). Foram expressas por meio da arte e teve como objetivo possibilitar a socialização das ideias e da compreensão do autor principal após a experiência da pesquisa de campo, além de promover a interação com o leitor.

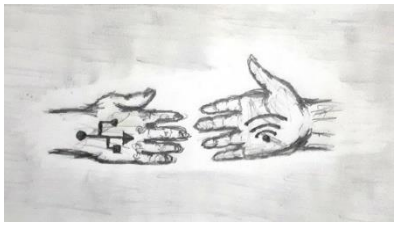
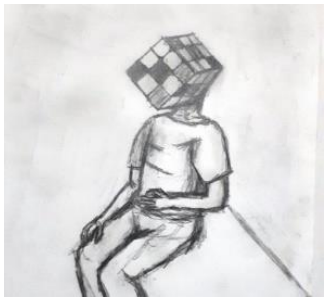
Vale comentar, ainda, que este estudo foi construído a partir da proposta hermenêutica de Gadamer (2015), que forneceu os pressupostos para aproximação mais adequada da natureza interpretativa da produção empírica. Aqui, é reconhecido que se vive em um contexto pautado por uma pluralidade de possíveis significações e, desta forma, podem ser elaboradas diversas leituras do mundo. Esta pluralidade percebida, comporá uma imagem semelhante a um mosaico que agregará diferentes concepções de

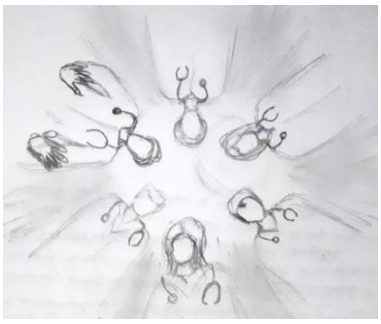
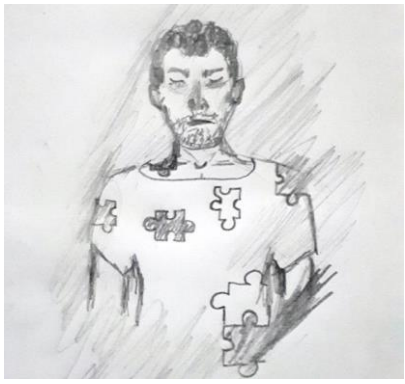
mundo, de cultura, de política, de histórias de vida e de linguagem; todas justapostas umas às outras. A busca pelo sentido deverá mesmo levar em consideração diferentes olhares tendo em vista a fusão dos horizontes (GADAMER, 2015; GRONDIN, 2012).

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

As Versões de Sentido (VS) foram analisadas a partir do seu componente descritivo, seguidos da sua respectiva ilustração. Levamos em consideração o cenário e o contexto em que foram produzidas. A partir disso, foram identificadas três unidades de significado possíveis, a saber: importância da interação profissional de saúde-paciente-família; afetações geradas na formação em saúde; e, processo de ensino e aprendizagem para o cuidado em saúde (Quadro 1).

Quadro 1. Unidades de significado, ilustrações e descrições das versões de sentido obtidas no primeiro contato com o paciente

Unidade de significado	Ilustração	Descrição da versão de sentido
Importância da interação profissional de saúde-paciente-família	 **Figura 1:** Qual a senha do hi-five?	O que possibilita a construção de uma aliança terapêutica? Qual é a senha?
	 **Figura 2:** Doente ao cubo.	A compreensão sobre as necessidades, demandas e representações do paciente passa pela escuta atenta de sua história. A participação da família é esclarecedora e indispensável para a construção do cuidado.

Afetações geradas na formação em saúde	**Figura 3:** Limitação múltipla.	Mãos atadas sem saber como contribuir com uma pessoa que vivencia um agravo ainda sem diagnóstico fechado.
Processo de ensino e aprendizagem para o cuidado em saúde	 **Figura 4:** Mãos na Massa.	A observação orienta a nossa ação futura. É um passo importante para o processo de ensino e aprendizagem. É nesse momento que possibilitamos o desenvolvimento da empatia. Contudo, são muitos olhares em torno de uma mesma pessoa. Como fazer?
	 **Figura 5:** Cuidado Perdido.	Pessoa menciona que passou por vários profissionais até concluir o seu diagnóstico: um quebra-cabeça que parecia não ter fim.

Fonte: elaborada pelo autor, 2020.

É possível que outras compreensões sobre as ilustrações sejam elaboradas, já que a arte é um dispositivo de reflexão e tomada de consciência. No entanto, assumimos um posicionamento diante dessa produção e construímos um texto em primeira pessoa do plural para evidenciar a nossa implicação sobre aquilo que foi apresentado.

A seguir, discutiremos sobre cada uma dessas unidades de significado:

4.1. Importância da interação profissional de saúde-paciente índice-família

A interação médico/paciente ou médico/cliente está em constante discussão, quando se trata do cuidado em saúde. Constitui um conceito amplo que requer intensa

reflexão (DO NASCIMENTO JÚNIOR & GUIMARÃES, 2009; MARTIN *et al.*, 2000; OLIVEIRA *et al.*, 2015).

Na medicina, alguns autores mencionam que essa relação é restrita e está baseada na troca de interesses entre o médico e o paciente (DO NASCIMENTO JÚNIOR & GUIMARÃES, 2009; MARTIN *et al.*, 2000). Para estes autores, quando essa relação é efetiva, há a aliança terapêutica.

Para o cliente (nomeação dada pelo autor), há a necessidade de conseguir o alívio dos seus sintomas e, para o médico, a elaboração de respostas às suas demandas (OLIVEIRA, 2015). A partir disso, pode-se perceber que ambos (médico e cliente) são passíveis de realidades e experiências distintas, o que lhes concede identidade própria. Deste modo, o encontro destes dois componentes, singulares, resulta em uma experiência única.

Esta relação pode, ainda, sofrer interferências de projeções formadas tanto pelo paciente, como pelo médico (MARTIN *et al.*, 2000). Assim, quando essa relação não é satisfatória, a construção de uma aliança terapêutica é prejudicada.

De fato, precisa-se discutir os aspectos que devem ser compreendidos na construção dessa relação. O que já se pode apontar, desde já, é que se deve ampliar o cuidado para além de uma relação entre dois sujeitos. Se deve considerar, o cuidado não somente em uma perspectiva individualizada, mas também coletiva. Nesse caso, a família e a comunidade fazem parte dessa construção. Ayres (2003) menciona que é necessário "superar a conformação individualista rumo a esferas também coletivas, institucionais e estruturais de intervenção e enriquecer a racionalidade biomédica com constructos de outras ciências".

Na construção dessa interação tendo em vista o cuidado em saúde, é importante investir na questão atitudinal e afetiva (MIDÃO & RUIZ-MORENO, 2010). Isso faz referência ao desenvolvimento de atitudes e comportamentos estabelecidos entre pacientes e profissionais de saúde, com base na intersubjetividade e no exercício de uma sabedoria prática para a saúde. Aqui, o uso da tecnologia tem um papel de grande importância, mas sem deixar que a ação em saúde se resuma a esta (AYRES, 2003).

Em certos momentos dessa imersão, foi possível perceber situações em que essa relação esteve fragilizada e muitas oportunidades foram perdidas. Aliado a isso, a produção de informações acerca da história do paciente, incluindo suas experiências de saúde, doença e cuidado, e o próprio aprendizado foram minimizados.

Em um dos casos do presente estudo, percebemos que o paciente estava sem acompanhante. Ao ser abordado, mostrou-se irritado e pouco comunicativo. Talvez, isso estivesse relacionado com outras experiências, uma vez que mencionou não querer seguir as orientações médicas. As suas respostas eram sempre curtas e vagas, gerando dúvidas sobre a importância do seguimento da conversa. Assim, a tentativa de entrevista foi pouco produtiva e ocasionou momentos de angústia quanto à abordagem e ao sentido do trabalho (Figura 1).

A ausência de familiares naquele momento contribuiu para que a aliança terapêutica não fosse estabelecida. Aqui, ressalta-se a importância de um possível e complementar componente da relação médico/paciente ou médico/cliente que se menciona: a sua família. No tocante às competências descritas nas Diretrizes Curriculares Nacionais para o curso de Medicina, o futuro médico precisa desenvolver: "compreensão e domínio da propedêutica médica [...], capacidade reflexiva e compreensão ética e humanística da relação médico-paciente", bem como a capacidade de "comunicar-se com os colegas de trabalho, os pacientes e os familiares" (BRASIL, 2014).

Em alguns desses casos, a participação dos familiares foi imprescindível para o avanço da relação e o conhecimento mais amplo do estudante de medicina acerca da situação do paciente.

Em outra situação, o discente (pesquisador principal), ao coletar informações de uma pessoa com problemas psiquiátricos, sem o conhecimento dessa interferência, teve a história do quadro clínico, que gerou a internação, mal esclarecido. As informações não pareciam coerentes e o discente (pesquisador principal) se sentia diante de um jogo de quebra-cabeças (Figura 2).

Porém, quando houve a colaboração dos familiares para a construção do relato, foi possível compreender a repercussão da doença e as necessidades da pessoa para que se pudesse oportunizar o cuidado. Naquela ocasião, o estudante compreendeu a importância da participação da família na relação a ser construída com o médico e reconheceu, inclusive, a repercussão daquela condição na rotina do paciente e de seus familiares.

Essa situação ficou bastante evidente em outro caso acompanhado. Na situação de destaque, o estudante presenciou a internação de um paciente com cardiopatia acompanhado de sua família. A rotina de todos os participantes naquele núcleo familiar foi alterada devido as limitações fisiopatológicas que a doença empregava na pessoa índice.

Se acredita que essa unidade de significado possa ser relacionada com todos os profissionais de saúde. Por isso, menciona-se a interação profissional de saúde-paciente-família. Não se trata de uma relação restrita a um único profissional, porque entendemos que o cuidado em saúde é amplo e requer uma perspectiva plural

4.2. Afetações geradas na formação em saúde

A pessoa é um ser singular. Ao levar em consideração a configuração biopsicossocial de saúde no qual a pessoa está inserida, o meio social, o ambiente, a cultura e as condições de vida tornam os indivíduos em seres únicos. Assim, o médico, em seu papel, não pode separar os sinais e sintomas do contexto e cenário que o indivíduo está inserido (BUSS & PELLEGRINI FILHO, 2007).

Em se tratando dos sinais, a observação de feições, expressões faciais caricatas e a biodinâmica dos movimentos corporais são manifestações da linguagem corporal interessantes para o futuro médico se atentar, visto que pode indicar sentimentos, sensações e percepções do paciente na semiotécnica médica. Essa observação serve de subsídio para os planos e estratégias de comunicação entre o 'agente de saúde' e o 'paciente' (CORIOLANO-MARINUS *et al.*, 2014).

Durante as práticas de semiologia, algumas pessoas demonstravam feição de tristeza ou desânimo, possivelmente, pelo longo período de internação no hospital ou pela própria condição. A capacidade de perceber esses sentimentos pode otimizar o cuidado e evitar a realização de exames e questionários exaustivos e repetitivos com grupos de estudantes, interferindo diretamente no bem-estar da pessoa.

No início da disciplina, a insegurança foi um dos principais obstáculos para o discente conseguir estabelecer a aliança terapêutica e a comunicação efetiva. Isso aconteceu devido a dificuldade de direcionar e coordenar uma entrevista de anamnese. A falta do conhecimento técnico, que serviria de alicerce no direcionamento de uma entrevista, também permitiu que o pesquisador desenvolvesse reações e sentimentos diversos para lidar com pessoas que vivenciavam condições complexas.

Em um dos casos, o discente abordou uma pessoa com afasia de Wernick por acidente vascular encefálico. Isso interferiu, diretamente, na compreensão de sua condição (Figura 3). Por consequência, houve interferência na comunicação.

Sobre outro caso, foi identificado:

> "paciente com suspeita de Esclerose Múltipla sem diagnóstico confirmado, ansiosa por saber o nome da sua doença. Estudante acompanha interno que parecia a figura de um médico de mãos atadas por não poder ajudar/contribuir mais naquela situação. Garganta apertada por não saber o que dizer, quando a paciente informa a angústia. Paciente aparentava desânimo e tristeza ao leito. Ao perceber, o estudante evita realizar o mesmo exame físico, a fim de não gerar desgaste no paciente" (versão de sentido 1).

De fato, as experiências oportunizadas ao discente devem servir como direcionador de um processo de formação. Isso inclui questões técnicas e atitudinais. Os sentimentos durante a formação, por exemplo, devem ser mencionados para que possam ser traçados meios de superação.

A partir do momento em que o docente e o discente reconhecem essas fragilidades, é importante elaborar uma estratégia de formação que abrange dimensões diversas, dentre elas, o conhecimento, a prática e a questão atitudinal (MORÁN, 2015; MITRE *et al.*, 2008). Enquanto metodologia ativa, o estudo de casos clínicos pode apontar aspectos importantes nesse processo de ensino e aprendizagem.

4.3. Processo de ensino e aprendizagem para o cuidado em saúde

O fortalecimento do potencial do discente e a elaboração de novas estratégias de cuidado em saúde foram congruentes com o avançar da disciplina. A partir do contato com as pessoas (docentes, profissionais de saúde e comunidade), com os serviços e da possibilidade de construção de uma interação profissional de saúde-paciente-família, foi possível compreender aquilo que seria oportuno para a prática de saúde.

O discente conseguiu perceber as necessidades, demandas e representações das pessoas e reconhecer sinais e sintomas específicos sob um ponto de vista técnico. Isso permitiu que o discente compreendesse como poderia atuar e se preparar, consolidando a compreensão quanto às possibilidades de cuidado.

O que o discente viu e percebeu em consonância com o que foi dito pela pessoa e sua família possibilitou a elaboração de um plano de cuidado singular. A rotina do hospital, o contato com os pacientes e equipe de profissionais de saúde oportunizaram mais subsídios para a construção da autonomia e confiança do discente. Aliado a isso, permitiram uma evolução técnica e humanista do discente ao longo da disciplina.

Quanto à escolha dos casos clínicos na disciplina, surgiu um questionamento importante: os casos mais complexos conseguem contemplar as pessoas que vivenciam doenças mais comuns e recorrentes? De fato, entendemos que a escolha dos casos clínicos

deve levar em consideração a frequência, distribuição e determinantes dos estados ou eventos relacionados à saúde da população. É importante assumir essa postura na formação em saúde, uma vez que serão preparados profissionais para atuar nesse contexto e cenário específicos. Outros casos poderão ser contemplados, quando esgotadas as possibilidades de atuação local. Durante as práticas, percebemos ênfase aos casos complexos e sugerimos uma reflexão sobre as suas escolhas.

Outro quesito importante percebido foi a objetificação das pessoas (PEREIRA & ALMEIDA, 2005) no processo de formação em saúde, conforme relato: “aula prática de ectoscopia do exame físico e tecido cutâneo e fâneros. Pessoa escolhida de acordo com o quadro clínico é palpada e observada por grupo de alunos orientados pelo professor. O grupo discute sobre as possíveis doenças ao lado da pessoa deitada ao leito” (versão de sentido 2).

Percebemos que a repetição da aplicação de questionários e de exames ocasionava transtornos para as pessoas e familiares (Figura 4). Os autores deste trabalho defendem que isso deve ser evitado e a empatia seja exercitada. Não podemos ultrapassar a privacidade e sofrimento do paciente em prol da formação. Outras estratégias devem ser adotadas para oportunizar o contato dos discentes com as pessoas e suas condições de saúde e doença.

Em se tratando dos planos de cuidados a serem construídos como prática de saúde, é importante esgotar as possibilidades diagnósticas e minimizar as falhas na sua obtenção: “pessoa com câncer de origem anorretal e metástase foi abordada. Relatou ter passado por vários profissionais. Percebeu problemas na realização do exame físico e na solicitação de exames no primeiro acesso ao serviço de saúde” (versão de sentido 3).

De fato, é importante desenvolver a comunicação entre os serviços de saúde na perspectiva de seguimento do caso. Isso poderá evitar repetição de exames e condutas e a atenção à pessoa pela soma das partes (Figura 5). Aliado a isso, devemos partir para a construção de um plano de cuidados em associação com a pessoa e a família. Esse é um princípio do projeto terapêutico singular (SILVA *et al*, 2013). Acredita-se que isso poderá permitir uma maior aceitação e adesão da pessoa e família quanto ao tratamento e seguimento.

No processo de ensino e aprendizagem, devem ser oferecidos recursos para o reconhecimento das possibilidades do projeto terapêutico singular e do exercício de práticas interdisciplinares (BAQUIÃO *et al.*, 2019).

5. CONCLUSÃO

As afetações do discente de medicina diante do primeiro contato com o paciente permearam em três unidades de significado importantes para o cuidado em saúde a ser construído. A percepção da importância da interação profissional de saúde-paciente-família, da necessidade das práticas para o conhecimento profissional e como o processo de ensino oportunizado pela universidade foi configurado, permitiu que o discente ganhasse autonomia e confiança para a prática de saúde.

6. REFERÊNCIAS

ALMEIDA, F.C.M. *et al.* Avaliação da inserção do estudante na Unidade Básica de Saúde: visão do usuário. Revista Brasileira de Educação Médica, v. 36, p. 33, 2012.

AMATUZZI. M.M. Por uma Psicologia Humana. 3ª ed. Campinas: Alínea, 2010.

AYRES, J.R.C.M. Cuidado e reconstrução das práticas de Saúde. Interface, v. 8, p. 73, 2004.

BAQUIÃO, A.P.S.S. *et al*. Percepções de residentes multiprofissionais de saúde sobre a interdisciplinaridade. Saúde e Pesquisa, v. 12, p. 187, 2019.

BRANDAO, E.R.M. *et al.* Práticas de integração ensino-serviço-comunidade: Reorientando a formação médica. Revista Brasileira de Educação Médica, v. 37, p. 573, 2013.

BRASIL. Ministério da Educação. CNE/CES. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Brasília, 2014. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15514-pces116-14&category_slug=abril-2014-pdf&Itemid=30192>. Acesso em: 07 jan. 2020.

BUSS, P.M. & PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. PHYSIS: Revista Saúde Coletiva, v. 17, p. 77, 2007.

CORIOLANO-MARINUS, M.W.L. *et al.* Comunicação nas práticas em saúde: revisão integrativa da literatura. Saúde e Sociedade, v. 23, p. 1356, 2014.

DO NASCIMENTO JÚNIOR, P.G. & DE MACÊDO GUIMARÃES, T.M. A relação médico-paciente e seus aspectos psicodinâmicos. Revista Bioética. v. 11, p. 101, 2009.

FINLEY, S. Investigación com base en las artes: la realización de uma pedagogia revolucionaria. In: Denzin NK; Lincoln YS. (coords.). Métodos de recolección y análisis de datos. Barcelona: Gedisa editorial, p. 113, 2015.

GADAMER, H. G. Verdade e método. 15ª ed. Petrópolis: Vozes, 2015.

GRONDIN, J. O pensamento de Gadamer. São Paulo: Paulus, 2012. 536p.

KALUF, I.O. *et al*. Sentimentos do Estudante de Medicina quando em Contato com a Prática. Revista Brasileira de Educação Médica, v. 43, p. 13, 2019.

MARTIN, D.J. *et al.* Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: a meta-analytic review. Journal of Consulting and Clinical Psychology. v. 68, p. 438, 2000.

MENDES, T.M.C. *et al.* De. Interação ensino-serviço-comunidade no brasil e o que dizem os atores dos cenários de prática: uma revisão integrativa. Revista Ciência Plural. v. 4, p. 98, 2018.

MIDAO, C.M.V. & RUIZ-MORENO, L. O ensino da Semiologia nas escolas médicas do Estado do Rio de Janeiro. Revista Brasileira de Educação Médica, v. 34, p. 397, 2010.

MITRE, S.M. *et al.* Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. Ciência e Saúde Coletiva, v. 13, p. 2133, 2008.

MORÁN, J. Mudando a Educação com Metodologias Ativas. Revista Convergências Midiáticas, Educação e Cidadania: Aproximações Jovens. v. 2, p. 15, 2015.

OLIVEIRA, N.H. *et al*. Aliança terapêutica: estabelecimento, manutenção e rupturas da relação. Arquivos Brasileiros de Psicologia. v. 67, p. 125, 2015.

PEDROSA, J.I.S. Implantação e desenvolvimento do curso de Medicina em Parnaíba (PI), Brasil, a partir do Programa Mais Médicos para o Brasil. Interface, v. 23, 2019.

PEREIRA, O.P. & ALMEIDA, T.M.C. A formação médica segundo uma pedagogia de resistência. Interface. v. 9, p. 69, 2005.

SILVA, E.P. *et al.* Projeto terapêutico singular como estratégia de prática da multiprofissionalidade nas ações de saúde. Revista Brasileira de Ciências da Saúde. v. 17, p. 197, 2013.

SOUSA-MUNOZ, R.L. *et al*. Experiência do estudante de semiologia médica em aulas práticas com o paciente à beira do leito. Revista Brasileira de Educação Médica., v. 35, p. 376, 2011.

VASCONCELOS, R.N.C. & RUIZ, E.M. Formação de Médicos para o SUS: a Integração Ensino e Saúde da Família – Revisão Integrativa. Revista Brasileira de Educação Médica, v. 39, p. 630, 2015.

VIEIRA, S.P. *et al.* A graduação em medicina no Brasil ante os desafios da formação para a Atenção Primária à Saúde. Saúde Debate, v. 42, p. 189, 2018.

Capítulo 12

PERFIL DOS CASOS DE CÂNCER DE PRÓSTATA NOTIFICADOS NO ESTADO DO PIAUÍ ENTRE 2015 E 2019

Auricélia Do N Marques[1], Ana Paula De S Alcantara[1], Jhennefy V S Lopes[1], Nailson S S De Sousa[1], Maurílio P De Oliveira[1], Mônica V De S Mendes[1], Giullyany P De Oliveira[1], Samara M C P Branca[1], Jefferson A De Oliveira[1], Thiago B A De Sousa[2], Marilene M De Brito[3]

[1] Discente de Curso de Nutrição, Centro Universitário Maurício de Nassau, Teresina/PI.
[2] Profissional de Educação Física, Universidade Federal do Piauí, Teresina/PI.
[3] Docente do Curso de Nutrição, Centro Universitário Maurício de Nassau, Teresina/PI.

Palavras-chave: *Neoplasia de próstata; epidemiologia; incidência.*

1. INTRODUÇÃO

No Brasil, segundo o Instituo Nacional de Câncer - INCA (2020) a neoplasia maligna de próstata é a segunda mais comum entre os homens, ficando atrás apenas da neoplasia maligna de pele não-melanoma. Sua taxa de incidência é maior nos países desenvolvidos em comparação aos países em desenvolvimento. Quando se fala em saúde dos homens, tem-se que a cada três mortes de pessoas adultas, duas são de homens. Eles vivem, em média, sete anos menos do que as mulheres e têm mais doenças do coração, câncer, diabetes, colesterol e pressão arterial mais elevada (MEDEIROS *et al*., 2011).

Entre os principais fatores de risco associados ao desenvolvimento do câncer de próstata estão idade avançada, etnia e predisposição familiar. Nesse contexto, o envelhecimento da população merece destaque, pois a incidência dessa patologia é bem maior em homens com idade superior a 50 anos, com aumento progressivo até aproximadamente os 80 anos. Quanto a etnia, afro-americanos têm incidências de dez a quarenta vezes maiores que os asiáticos. Já para risco relativo em parentes de primeiro grau de pacientes com câncer de próstata, observa-se um risco aumentado de duas a três vezes, quando comparado a homens na população geral (GONÇALVES *et al*., 2008).

Para a detecção precoce do câncer em indivíduos sem sintomas recomenda-se o toque retal e a dosagem do Antígeno Específico Prostático (PSA) a partir de 50 anos de idade. Estes exames, além do baixo custo, possuem boa sensibilidade e especificidade. Assim, a triagem de homens em idade acima de 50 anos através desses exames pode diminuiu a incidência de doença tardia com influência nas taxas de mortalidade na medida em que o câncer de próstata pode ser curável, desde que diagnosticado precocemente (MIRANDA *et al.*, 2004).

A epidemiologia do câncer no Brasil sugere aumento na incidência de tipos de câncer associados ao envelhecimento populacional - câncer de mama, próstata e cólon e reto (KOIFMAN, 2003). Assim, o Brasil destaca-se como uma área importante para monitoramento e controle das tendências na incidência de câncer, o que inclui o acompanhamento de variações geográficas nos padrões desta doença (QUADROS, 2017).

Diante do exposto, este trabalho teve como objetivo delinear o perfil de casos de câncer de próstata notificados no estado do Piauí no período de 2015 a 2019.

2. MÉTODO

Trata-se de estudo descritivo de base populacional utilizando dados secundários, registrados no Painel-Oncologia e disponibilizados no site do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). A amostra deste estudo incluiu todos os casos de câncer de próstata notificados no estado do Piauí, no período de tempo de 2015 a 2019.

A análise dos dados contemplou as variáveis da ficha de investigação de câncer de próstata, no qual foi dividido em informações referentes a dados epidemiológicos (ano de notificação, idade, estadiamento da doença e modalidade terapêutica).

A análise dos dados foi feita por meio de estatística descritiva e os resultados apresentados em números absolutos e percentuais, sob a forma de gráfico e tabelas.

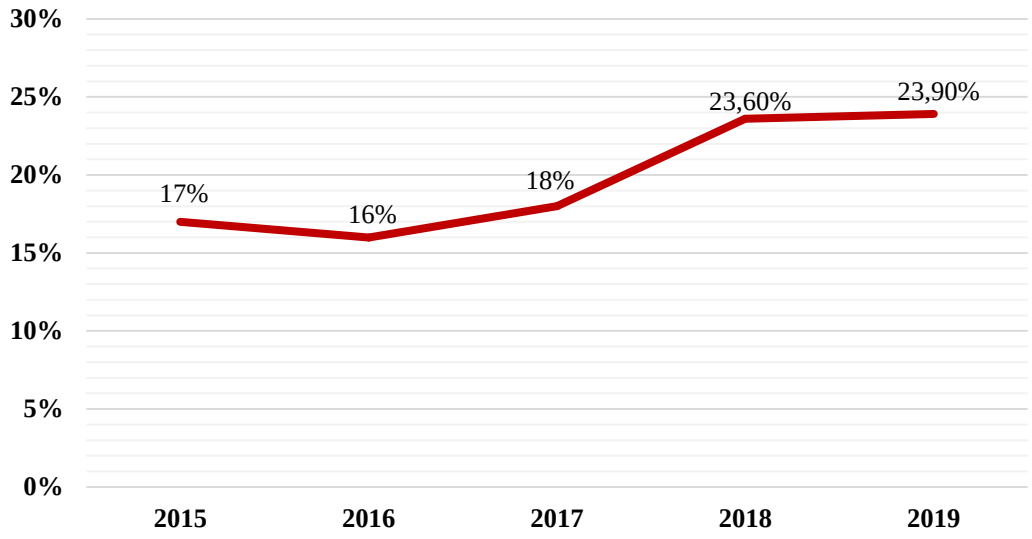
Este estudo não teve a necessidade de ser apreciado por um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), pois os dados são de domínio público, pertencentes ao banco de dados do DATASUS.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

No estado do Piauí no período de 2015 a 2019 foram notificados 1.740 novos casos de câncer de próstata.

A incidência de casos apresentou perfil crescente a partir de 2016, com maior incidência nos anos de 2018 e 2019 (Figura 1). Segundo o Inca (2020) a evolução dos métodos de diagnóstico do câncer de próstata, a melhoria na qualidade dos sistemas de informação do país e o aumento da expectativa de vida estão diretamente ligados com a crescente taxa de incidência dessa neoplasia no Brasil.

Figura 1. Taxa de câncer de próstata no estado do Piauí entre os anos de 2015 a 2019

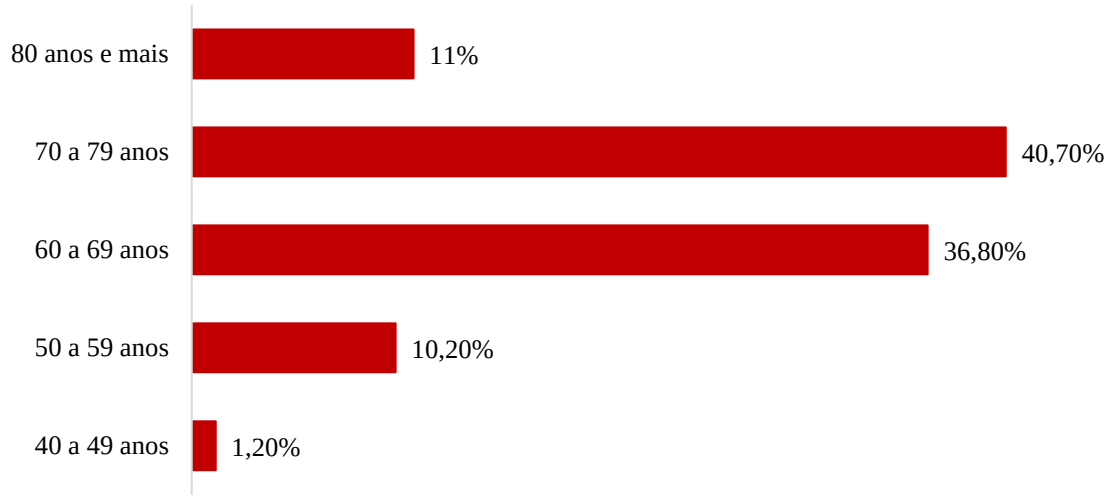


Fonte: Painel-Oncologia, 2020.

Os resultados evidenciaram que a maioria dos casos de câncer de próstata ocorreram em pessoas com idade entre 60 a 69 anos (36,8%) e faixa de 70 a 79 anos (40,7%) (Figura 2). Sabe-se que o câncer de próstata é considerado um câncer da terceira idade, já que cerca de três quartos dos casos no mundo ocorrem a partir dos 65 anos (INCA, 2019).

Corroborando com os resultados desse estudo Macena *et al.* (2020) ao analisarem o perfil clínico-epidemiológico de pacientes com neoplasia maligna de próstata na Bahia, observaram que a menor idade de ocorrência foi de 50 anos e que a maioria dos casos se concentravam dos 61 aos 80 anos.

Figura 2. Casos de câncer de próstata por faixa-etária no estado do Piauí entre os anos de 2015 a 2019

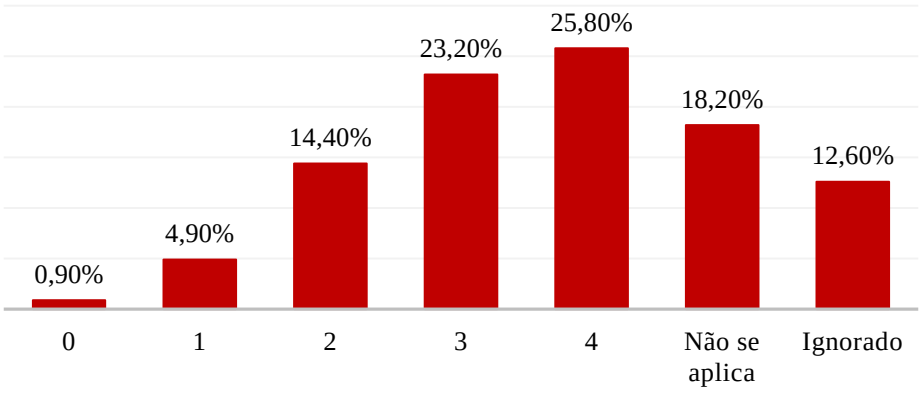


Fonte: Painel-Oncologia, 2020.

De acordo com a Figura 3, a maior parte dos casos da doença foram diagnosticados nos estágios 3 (23,2%) e 4 (25,8%). É importante destacar que o diagnóstico precoce contribui para maiores chances de sucesso no tratamento.

Segundo estudo os homens normalmente procuram o serviço de saúde já com alguma sintomatologia, prejudicando assim a prevenção e o diagnóstico precoce desse tipo de patologia (QUIRINO *et al.*, 2017).

Figura 3. Casos de câncer de próstata por estadiamento durante diagnóstico no estado do Piauí entre os anos de 2015 a 2019

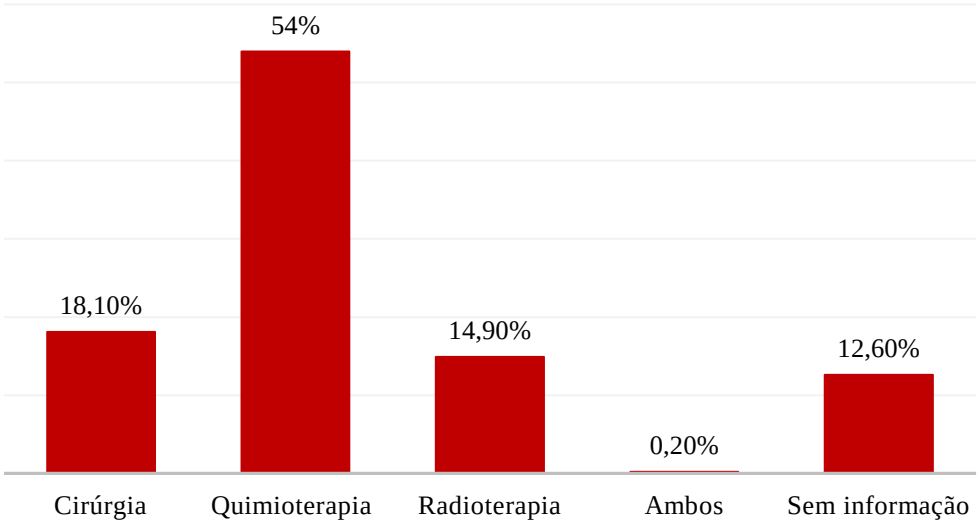


Fonte: Painel-Oncologia, 2020.

Assim, mesmo que o diagnóstico do câncer de próstata seja cada vez mais frequente e preciso, ainda é observado que ele não é feito de forma precoce, o que poderia possibilitar o tratamento adequado dos indivíduos (SILVA *et al.*, 2014).

No que se refere a modalidade terapêutica utilizada no tratamento do câncer de próstata a quimioterapia é a mais usada, sendo utilizada por 54% dos pacientes (Figura 4). Esse tratamento utiliza medicamentos por via oral ou intravenosa para destruir o câncer, atingindo as células cancerígenas em todo o corpo (ACS, 2016).

Figura 4. Casos de câncer de próstata por modalidade terapêutica no estado do Piauí entre os anos de 2015 a 2019



Fonte: Painel-Oncologia, 2020.

Em estudo sobre sobrevida e risco de óbito de pacientes após tratamento de câncer de próstata no SUS, foi verificado que o câncer de próstata atingiu principalmente os homens com idade entre 70 e 79 anos, diagnosticados em estádio clínico tardio (estágios III e IV) e o tratamento foi preferencialmente a quimioterapia. Os autores ressaltaram que o diagnóstico tardio do tumor, tratamentos não curativos e pior condição clínica foram fatores relacionados à pior sobrevida e ao maior risco de óbito dos pacientes com câncer próstata no Brasil (BRAGA *et al.*, 2017). Esse perfil epidemiológico é semelhante ao observado no presente estudo.

Segundo Abreu *et al.* (2013) o baixo nível de escolaridade e a situação socioeconômica também são fatores que diminuem as ações sobre prevenção.

4. CONCLUSÃO

Conclui-se que o perfil de indivíduos diagnosticados com câncer de próstata no Piauí no período estudado foi em sua maioria de indivíduos na faixa de idade de 70 a 79 anos, com diagnóstico, principalmente, já no estágio 4 da doença, sendo a quimioterapia o tratamento mais utilizado para regressão do câncer. Esses dados podem ser utilizados para futuras intervenções ou para elaboração de políticas públicas na área.

5. REFERÊNCIAS

ABREU, A.S. *et al*. Estratégias para a prevenção do câncer de próstata. Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental, v. 5, p. 3795, 2013.

AMERICAN CANCER SOCIETY (ACS). If prostate cancer screening test results aren't normal. Last Revised: April 14, 2016. Disponível em: https://www.cancer.org/cancer/prostate-cancer/earlydetection/if-test-results-not-normal.html. Acesso em: 29 mai. 2020.

BRAGA, S.F.N. *et al*. Sobrevida e risco de óbito de pacientes após tratamento de câncer de próstata no SUS. Revista Saúde Pública, v. 51, p. 1, 2017.

GONÇALVES, I.R. Caracterização epidemiológica e demográfica de homens com câncer de próstata. Revista Ciência e Saúde Coletiva, v. 13, p. 1337, 2008.

Instituto Nacional de Câncer. Incidência de câncer no Brasil. 2019. Disponível em: < https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/estimativa-2020-incidencia-de-cancer-no-brasil >. Acesso em: 29 mai. 2020.

Instituto Nacional de Câncer. Tipos de câncer. 2019. Disponível em: < https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer >. Acesso em: 29 mai. 2020.

Instituto Nacional de Câncer. Tipos de câncer: Câncer de Próstata. 2020ta. Disponível em: < https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-de-prostata>. Acesso em: 29 mai. 2020.

KOIFMAN, S. & KOIFMAN, R. Environment and cancer in Brazil: An overview from a public health perspective. Mutation Research, v. 544, p. 305, 2003.

MACENA, T.N.S. *et al*. Perfil clínico-epidemiológico dos pacientes com câncer de próstata da Unacon de Teixeira de Freitas, BA. Revista Mosaicum, v. 16, p. 113, 2020.

MEDEIROS, A.P. *et al*. Fatores de risco e medidas de prevenção do câncer de próstata: subsídios para a enfermagem. Revista brasileira de enfermagem, v. 64, p. 385, 2011

MIRANDA, P.S.C. *et al*. Práticas de diagnóstico precoce de câncer de próstata entre professores da faculdade de medicina – UFMG. Revista da Associação de Médica Brasileira, v. 50, p. 272, 2004.

QUADROS, J.P. Persistência do aumento do coeficiente de mortalidade por câncer de próstata no período de 2005 a 2014 no Brasil – uma proposta de intervenção. 2017. 41 f. Trabalho de Conclusão do Curso (Bacharelado em Gestão em Saúde Coletiva) – Universidade de Brasília, Brasília, 2017. Disponível em: <https://bdm.unb.br/bitstream/10483/19218/1/2017_ZZZJéssicaProcópiodeQuadros_tcc.pdf>. Acesso em: 29 mai. 2020.

QUIRINO, Á.F.A. *et al*. O tabu masculino relacionado a prevenção do câncer de próstata. Revista Mundi Saúde e Biológicas, v. 2, p. 122, 2017.

SILVA, J.F.S. *et al.* Tendência de mortalidade por câncer de próstata nos estados da região Centro-Oeste do Brasil, 1980 – 2011. Revista Brasileira de Epidemiologia, v. 17, p. 395, 2014.

Capítulo 13

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS CASOS NOTIFICADOS DE HEPATITE B NO ESTADO DO PIAUÍ ENTRE 2015 E 2018

Antonio B do N Rodrigues[1], Anael A Santos[1], Paulo R Silvino[1], Kayra C Guimarães[2], Bruna M da Silva[1], Brendo S Sousa[1], Adam K Gomes Medeiros[1], Carina U Barbosa[1], Claylton de A Costa[1], Gabriela A de Oliveira[1], Antonia V do N Araújo[1], Thalia M de S Soares[1], Maria A A Borges[1] Helen C V Pires[2,] Matheus Henrique Macedo[1]

[1] Licenciados em Ciências Biológicas, Instituto Federal do Piauí, Pedro/PI.
[2] Discentes do curso de licenciatura em Ciências Biológicas, Instituto Federal do Piauí, Uruçuí/PI.

Palavras-chave: *Hepatite b; agravamento; taxa de incidência.*

1. INTRODUÇÃO

As hepatites virais são um grupo de doenças provocadas por diferentes agentes etiológicos, com tropismo pelas células do tecido hepático, apresentam semelhanças epidemiológicas, clínicas e laboratoriais, porém com importantes peculiaridades (BRASIL, 2008). A infecção pelo vírus da hepatite B é a mais prevalente nos seres humanos dentre as doenças virais, sendo considerada um relevante problema de saúde pública, no Brasil e no mundo (PASSOS, 2003).

A Hepatite B (HB) possui potencial de evoluir para hepatite crônica, cirrose e carcinoma hepatocelular, aumentando a mortalidade por doenças crônicas do fígado (XIMENES *et al.*, 2010). Nessa perspectiva, a HB, como forma mais frequente de hepatite infecciosa no mundo, possui grande potencial de dispersão pessoa a pessoa ou através de contato sexual (PINHEIRO & ZEITOUNE, 2008). De acordo com Brasil (2018) a HB, em 2016 e 2017, foi segunda maior causa de óbitos entre as hepatites virais no Brasil. Em 2016, foram notificados 14. 702 casos e, em 2017, foram 13. 482.

A HB pode ocasionar reações agudas e evoluir para quadros crônicos. O agravamento desse quadro clínico pode ocasionar cirrose e hepatite fulminante, com necrose maciça do fígado (SANTOS *et al.*, 2017).

De alta resistência, o vírus causador da HB pode sobreviver por sete dias no ambiente externo em condições normais, possibilitando assim o aumento do risco de contaminação de outras pessoas, através de contatos com essas superfícies contaminadas (SILVA *et al*., 2013). Todavia a forma de contaminação mais comum está relacionada com contato pessoa a pessoa.

Além disso, o vírus da HB pode permanecer no organismo, podendo infectar outras pessoas por semanas antes dos sintomas aparecerem. Tal patógeno tem período de incubação variando entre seis semanas a seis meses (SILVA *et al.,* 2013).

Os sintomas iniciais são mal estar, dores articulares e fadiga. Depois, tais manifestações clínicas podem evoluir para dor local, icterícia, náuseas e falta de apetite (JORGE, 2003). Entretanto, os sintomas desaparecem dentro de um a três meses, sendo que alguns pacientes podem permanecer com fadiga mesmo depois da normalização dos exames (BRASIL, 2002). O risco de desenvolver doença aguda ictérica aumenta com a idade do paciente, inversamente à possibilidade de uma evolução crônica (FERREIRA & SILVEIRA, 2004).

Todavia, ressalta-se a importância da realização de estudos epidemiológicos regionais, pois em países como o Brasil, de dimensões continentais, devem existir políticas de saúde mais específicas, que melhorem a gestão de recursos públicos com saúdes.

Diante disso, o presente estudo objetivou analisar o perfil epidemiológico dos casos notificados de HB no estado do Piauí entre 2015 e 2018.

2. MÉTODO

O presente estudo teve perfil metodológico de pesquisa retrospectiva, adotando uma abordagem descritiva, realizada com dados secundários do estado Piauí, registrados entre 2015 e 2018.

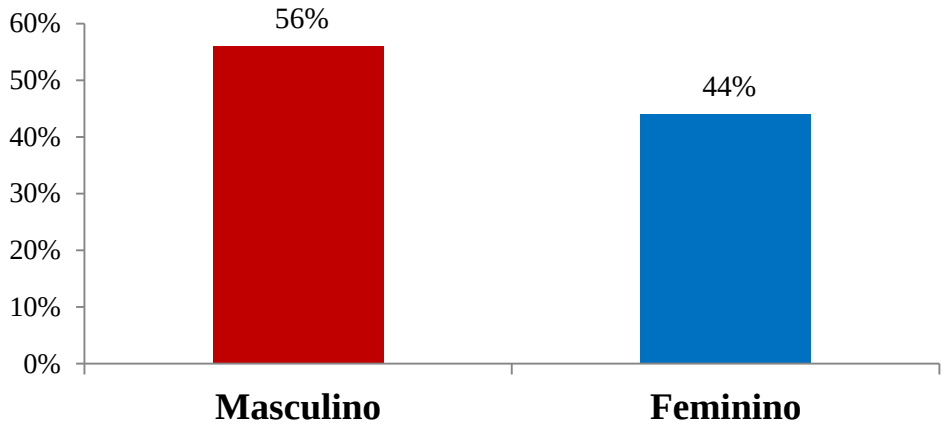
Os procedimentos metodológicos foram divididos em três etapas. Inicialmente, foram coletados dados secundários via plataforma digital do Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis, que utiliza dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Após coleta dos dados, eles

foram organizados em formas de gráficos e tabelas (através do programa Microsoft Excel). Por fim, os dados obtidos foram analisados de acordo com sexo, faixa etária, zona de residência, forma clínica e evolução do quadro clínico dos pacientes, os dados também foram comparados com outros estudos.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise constatou a ocorrência de 191 casos de HB notificados entre 2015 e 2018, sendo 56% do sexo masculino e 44% sexo feminino (Gráfico 1). Entretanto, esses resultados, divergiram do apontando pelo trabalho realizado por Dos Santos *et al*. (2018), que avaliou os casos registrados de HB no estado do Piauí, entre 2010 e 2015. Estes autores observaram que 50,5% dos casos, foram em pessoas do sexo feminino. Notou-se que houveram mudanças nos padrões epidemiológicos dessa doença no estado, tornando os indivíduos do sexo masculino, como principais incidentes da doença.

Gráfico 1. Casos de HB registrados no estado do Piauí entre 2015 e 2018, distribuídos por sexo

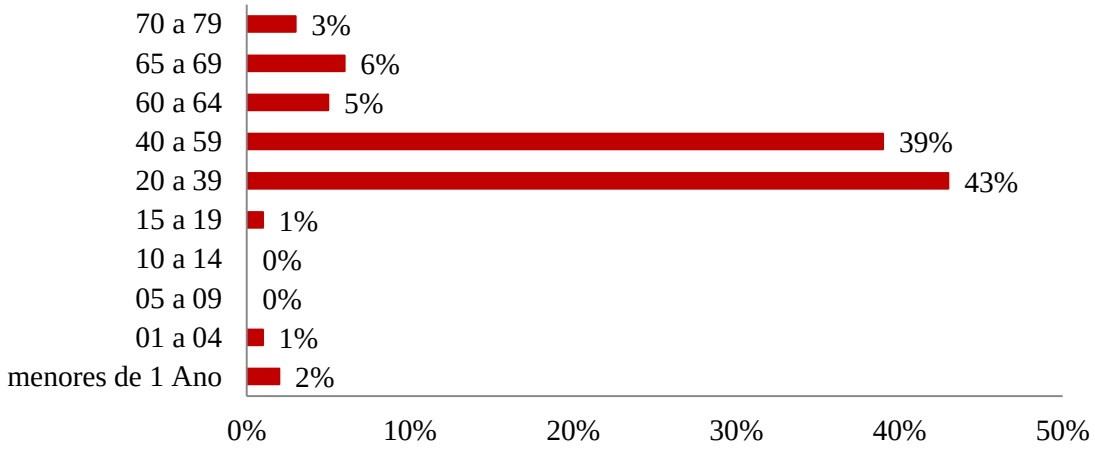


Fonte: BRASIL, 2020.

Quanto à faixa etária dos casos notificados, cerca 43% dos casos foram em pessoas de 20 a 39 anos, 39% de 40 a 59 anos, 6% de 65 a 69 anos, 5% de 60 a 64 anos, 3% de 70 a 79 anos, 2% em menores de um ano, 1% de um a quatro anos os outros 1% entre 15 a 19 anos (Gráfico 2). Esses resultados foram semelhantes aos encontrados por Martins *et al.* (2016), no Município de Salvador na Bahia, que identificou, a distribuição

por faixa etária aponta predomínio de registros de casos nas faixas de 20 a 49 anos de idade. Dessa forma, observa-se que a maior parte dos casos se encontra na população economicamente ativa, afetando diretamente a qualidade de vida dessas pessoas.

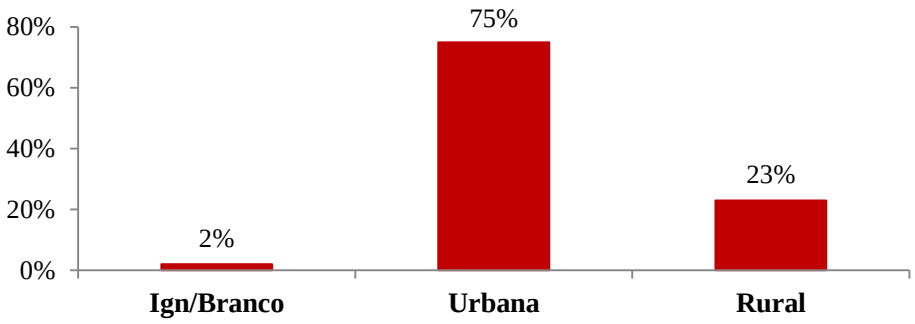
Gráfico 2. Casos de HB registrados no estado do Piauí entre 2015 e 2018, distribuídos por faixa etária



Fonte: BRASIL, 2020.

Em relação à zona de residência, 75% dos casos confirmados foram na zona urbana, 23% na zona rural e 2% dos casos foram ignorados (Ign) (Gráfico 3). Os resultados corroboram como estudo de Ferreira (2019), realizado no município de Porto Velho (RO), que também identificou que existe transmissão de hepatites em toda área do município, no entanto a maior concentração dos casos encontra se na zona urbana do município.

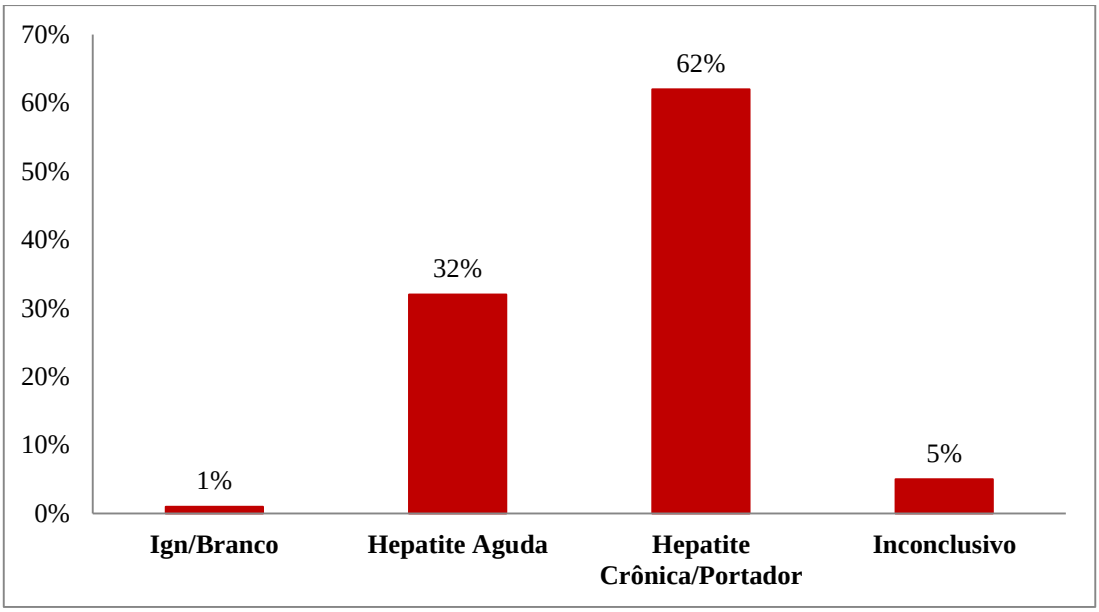
Gráfico 3. Casos de HB registrados no estado do Piauí entre 2015 e 2018, distribuídos por zona residência



Fonte: BRASIL, 2020.

Em relação a análise por forma clínica, foram observados que 62% dos casos eram de crônicos, 32% de hepatite aguda, 5% têm laudo inconclusivo e 1% dos casos foram ignorados (Gráfico 4). Os resultados obtidos foram de encontrados por Berton e Cavalli, (2020), no município de Cascavel/PR, que também identificou uma predominância maior na ocorrência de casos de HB na forma crônica. O estudo em questão identificou que 945 dos casos evoluíram para a forma crônica, sendo que apenas 12 casos foram da forma aguda e alguns inconclusivos.

Gráfico 4. Casos de HB registrados no estado do Piauí entre 2015 e 2018, distribuídos por forma clínica



Fonte: BRASIL, 2020.

4. CONCLUSÃO

Por fim, a pesquisa identificou o crescimento no aparecimento de novos casos de HB no período estudado, observando uma predominância maior em indivíduos do sexo masculino, com idade entre 20 e 49 anos, residentes da zona urbana e a forma clínica de maior incidência foi a crônica Dessa forma, observa-se a importância de se manter e ampliar as políticas de saúde pública para combater essa doença, pois, mesmo havendo uma diminuição na incidência em relação a períodos anteriores. Durante o período, estudado houve crescimento das notificações a cada ano.

5. REFERÊNCIAS

BERTON, A.B.A. & CAVALLI, L.O. Aspectos Epidemiológicos de Hepatite Bec no Município de Cascavel/PR no Período de 2013 a 2017. FAG Journal of Health (FJH), v. 2, p. 32, 2020.

BRASIL, Ministério da Saúde. DATASUS. Doenças e agravos de notificação - De 2007 em diante. 2020. Disponivel em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS>. Acesso: 10 mar. 2020.

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. Hepatites virais: o Brasil está atento. 2008; 3ª edição. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/hepatites_virais_brasil_atento_3ed.pdf.> Acesso em: 20 out. 2018.

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Hepatites Virais 2018. Brasília/DF, v. 49, v. 31, 2018. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/julho/05/Boletim-Hepatites-2018.pdf.> Acesso 15 jun. 2020.

BRASIL. Fundação Nacional da Saúde. Guia de Vigilância Epidemiológica, 5. ed. Brasília: FUNASA; 2002. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/funasa/guia_vig_epi_vol_l.pdf.> Acesso em: 15 jun. 2020.

DOS SANTOS, G.M. *et al*. Levantamento de casos de Hepatite B notificados no estado do Piauí, Brasil, nos anos de 2010 a 2015. Archives of Health Investigation, v. 7, p. 73, 2018.

FERREIRA, C.T. & SILVEIRA, T.R. Hepatites virais: aspectos da epidemiologia e da prevenção. Revista Brasileira de Epidemiologia, v. 7, p. 487, 2004.

FERREIRA, J.L. Avaliação epidemiológica dos casos de hepatites virais no município de Porto Velho Rondônia, no período de 2012 a 2018. [Monografia] Biomedicina. Centro Universitário São Lucas, 2019. Disponível em: http://repositorio.saolucas.edu.br:8080/xmlui/handle/123456789/3234. Acesso: 06 jun. 2020.

JORGE, E.G. Hepatite B. Hepcentro, 2003. Disponível em: <http://www.hepcentro.com.br/hepatite_b.htm.> Acesso em: 11 jun. 2020.

MARTINS, M.M.F. *et al.* Hepatite B no município de Salvador, Bahia, Brasil: padrão epidemiológico e associação das variáveis sociodemográficas. Revista Brasileira de Ciências da Saúde, v. 20, p. 189, 2016.

PASSOS, A.D.C. Aspectos epidemiológicos das hepatites virais. Medicina, v. 36, p. 30, 2003.

PINHEIRO, J & ZEITOUNE, R.C.G. Hepatite B: conhecimento e medidas de biossegurança e a saúde do trabalhador de enfermagem. Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem, v. 12, p. 258, 2008.

SANTOS, A.K.P. *et al.* O conhecimento sobre hepatites B e C dos estudantes de uma escola particular do município de Vitória da Conquista – BA. Id Online: Revista Multidisciplinar e de Psicologia, v. 11, p. 112, 2017.

SILVA, A.C.L.G. *et al*. Incidência e mortalidade por hepatite B, de 2001 a 2009: uma comparação entre o Brasil, Santa Catarina e Florianópolis. Caderno de Saúde Coletiva, v. 21, p. 34, 2013.

XIMENES, R.A.A. *et al.* Metodologia de um estudo de inquérito nacional da prevalência e de padrões epidemiológicos das hepatites A, B e C no Brasil. Cadernos de Saúde Pública, v. 26, p. 1693, 2010.

Capítulo 14

CARACTERIZAÇÃO DE CASOS DE SÍFILIS COM ÊNFASE NA SÍFILIS GESTACIONAL: UM ESTUDO DE REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Maria G A M Melo[1], Skárlleth H R Oliveira[1], Francisco A N Paz[2]

[1] Discente de Enfermagem, Centro Universitário Santo Agostinho, Teresina/PI.
[2] Docente de Enfermagem, Centro Universitário Santo Agostinho, Teresina/PI.

Palavras-chave: *Sífilis gestacional; epidemiologia; diagnóstico.*

1. INTRODUÇÃO

A sífilis é considerada uma doença milenar e traz várias reflexões acerca de sua eliminação. Em expansão mundial, cerca de dois milhões de gestantes são detectadas com a bactéria a cada ano. Essa situação se agrava porque a maioria das gestantes, mesmo com a grande eficácia de alguns medicamentos como a penicilina, não realiza o teste para sífilis, e as que o fazem não são tratadas adequadamente ou sequer recebem tratamento (GRUMACH *et al*., 2007). Em sua maioria, 50% das gestantes não tratadas ou assistidas de forma indevida, podendo transmitir a bactéria ao concepto, considerando aos diversos resultados como baixo peso ao nascer, prematuridade, morte na neonatal e até mesmo morte fetal (SARACENI *et al.*, 2005).

Pesquisas apontam que no Brasil, entre os anos de 2005 a 2014, verificou-se que 100.790 gestantes foram notificadas com casos de Sífilis Congênita (SC) que representa um importante indicador da qualidade da atenção materno-infantil e estima-se que a cada ano 12 mil recém-nascidos no Brasil apresentem a doença. A sífilis é causada pela infecção trazida pelo *Treponema pallidum* e apresenta altas taxas de transmissão vertical, podendo chegar a 100% nas duas primeiras fases da doença materna (PEREIRA, 2012).

A Sífilis Gestacional tem sido um fator preocupante da grande parte dos países, e na tentativa de desenvolver alternativas para o seu controle, a Organização Mundial de Saúde, em parceria com Organização Pan-americana de Saúde criou uma estratégia, adotada pelo Ministério da Saúde (MS) do Brasil, com a finalidade de eliminar a bactéria,

por ser um problema de saúde pública, aceitando uma incidência de até 0,6 casos por mil nascidos vivos (BRASIL, 2010).

O pré-natal é a unicamente e a melhor prevenção da SC, e seu diagnóstico é considerado simples, além de que a doença pode ser detectada em quase todas as gestantes. Nesse sentido, o tratamento é realizado, no geral, com uso da penicilina e deve contemplar os parceiros sexuais. Todavia, quando realizado de forma inadequada ou mesmo a sua ausência, pode causar aborto, complicações agudas, prematuridade e outras sequelas fetais (ARAÚJO *et al.*, 2012).

Este estudo sobre a sífilis gestacional é considerado significativo no sentido de ampliar a informação tanto aos profissionais de saúde atuantes quanto à população em geral. Além disso, é realizado por meio da opinião de vários autores em produções cientificas da área da saúde, e é importante que a questão foco seja compartilhada amplamente com a comunidade acadêmica, já que seus integrantes são parte relevante na disseminação da informação pelas características do método de ensino que prioriza a inserção prática em todos os períodos do curso.

O presente estudo tem como objetivo, apresentar, por meio de uma revisão bibliográfica, a sífilis e seus diferentes tipos, tendo como enfoque principal a SC e como pode ser o diagnóstico e uso correto do medicamento.

2. MÉTODO

O presente estudo é uma revisão da literatura de caráter integrativa a qual por meio deste método proporciona a síntese de conhecimento e a incorporação da aplicabilidade de resultados de estudos significativos na prática. Esse tipo de pesquisa detalha cada fato observado de uma determinada população ou através de instrumentos pré-determinados pelo pesquisador. Nesse sentido, através desse tipo de análise, os objetivos traçados na busca do desenvolvimento do estudo atingirão os fins propostos, bem como a aproximação do problema por meio da descrição das visões dos teóricos sobre o assunto para que obtenha mais respaldo.

Esta pesquisa é considerada integrativa, pois são inseridos objetos de conhecimentos amplos sobre um determinado assunto/problema, que constitui, assim, um corpo de conhecimento. Desta forma, o pesquisador pode construir uma revisão integrativa com várias possibilidades, direcionando assim para a definição de conceitos, revisão de teorias ou análise metodológica dos estudos incluídos de um tópico particular.

O presente estudo foi realizado por meio de levantamento bibliográfico e baseado na experiência vivenciada pelos autores sob a revisão da literatura em artigos científicos com recorte temporal de 2012 e 2019 publicados em inglês e português, por intermédio de bancos de dados eletrônicos tais como: LILACS, Google Acadêmico e biblioteca eletrônica SciELO.

2.1. Coleta de dados

Este estudo baseia-se em uma revisão integrativa sobre base de coleta de dados. Esse instrumento permite inserir de forma simultânea uma pesquisa quase-experimental e experimental, alternando e combinando dados de literatura teórica e empírica, proporcionando compreensão mais completa do tema de interesse (MENDES, 2008).

A variedade na composição da amostra da revisão integrativa em conjunção com a multiplicidade de finalidades desse método proporciona como resultado um quadro completo de conceitos complexos, de teorias ou problemas relativos ao cuidado na saúde, relevantes para a enfermagem.

Para a construção da revisão integrativa é preciso percorrer seis etapas distintas, sendo elas: a identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa; estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos/amostragem ou busca na literatura; definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/ categorização dos estudos; avaliação dos estudos incluídos; interpretação dos resultados; e apresentação da revisão/síntese do conhecimento (MENDES, 2008).

2.2. Critérios para Coleta de Dados

O seguinte estudo foi composto por meio de um processo seletivo de artigos acadêmicos, mediante uma revisão da literatura em artigos científicos com a temática abordada de forma atualizada. Porém, dos artigos encontrados, 10 foram escolhidos para fazerem parte da discussão deste estudo. Nesse sentido, utilizaram-se plataformas digitais como banco de dados, fazendo uma linha do tempo com produções de 2012 a 2019, publicadas na base de dados LILACS, a qual foram encontradas 426 publicações e foram selecionadas duas; Google Acadêmico, o qual foram encontradas 521 publicações e foram selecionados cinco artigos e na biblioteca eletrônica SciELO, o qual foram encontradas 232 publicações e foram selecionadas três.

Por meio dos critérios de exclusão, foram separadas as produções mais antigas e fora da íntegra, bem como artigos não publicados na língua portuguesa ou no inglês; foram incluídos na pesquisa as produções que mais se aproximavam da temática e aquelas que abordavam de forma integral o temo publicado na língua portuguesa e inglesa.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram identificados na base de dados um total de 1.179 artigos com a temática em estudo. Destes foram selecionados 10, baseados para serem contemplados nas discussões deste estudo, nos seguintes descritores utilizados: Sífilis gestacional; Epidemiologia; Diagnóstico.

Após a análise dos artigos selecionados, os resultados foram organizados em um quadro e uma tabela. No Quadro 1 enumeram-se os artigos (n=10) em algarismos romanos, em ordem crescente, incluindo o título, autores e os objetivos respectivamente.

Quadro 1. Distribuição dos artigos de acordo com seus autores, título e objetivo

Nº	Título	Autores	Objetivos	Resultados
1°	Gestações complicadas por sífilis materna e óbito fetal	Nascimento (2012)	Descrever as características de gestações complicadas por sífilis materna e óbito fetal.	A média de idade materna foi de 22,7 anos (DP=0,9 anos) e pelo menos metade das pacientes tinham baixo grau de escolaridade. Na admissão hospitalar, 68,8% do grupo se encontrava no terceiro trimestre e com média de idade gestacional de 29,2 semanas (DP=0,5). Mais de 50% estava em trabalho de parto. A grande maioria dos casos de óbito fetal (93%) ocorreu antes da hospitalização materna. Entre as pacientes que frequentaram o pré-natal (54,2%), 30,8% não realizaram o VDRL, 30,8% e 15,4% tiveram resultado reativo e não-reativo, respectivamente e nenhuma teve mais de um VDRL no pré-natal. No momento do parto, a maioria das pacientes (95,8%) realizou o VDRL. No geral, a titulação do VDRL variou de 11 a 1512, predominando titulações >14 (91,7%). Em 23% dos casos foram encontradas outras condições relacionadas ao óbito fetal, além da sífilis.

2º	Sífilis congênita: evento sentinela da qualidade da assistência pré-natal	Domingues *et al.* (2013)	Analisar a assistência pré-natal na prevenção da transmissão vertical da sífilis.	Foram identificados 46 casos de sífilis na gestação e 16 casos de SC com uma prevalência estimada de 1,9% (IC95% 1,3;2,6) de sífilis na gestação e de 6/1.000 (IC95% 3;12/1.000) de sífilis congênita. A taxa de transmissão vertical foi de 34,8% e três casos foram fatais, um abortamento, um óbito fetal e um óbito neonatal, com proporções elevadas de baixo peso e prematuridade. A trajetória assistencial das gestantes mostrou falhas na assistência, como início tardio do pré-natal, ausência de diagnóstico na gravidez e ausência de tratamento dos parceiros.
3°	Conhecimento de enfermeiros atuantes na ESF de fortaleza acerca da sífilis na gestação	Lima *et al.* (2013)	Avaliar o conhecimento dos enfermeiros atuantes na Estratégia Saúde da Família (ESF) do município de Fortaleza, acerca do controle da sífilis na gestação.	O déficit no conhecimento sobre a temática revela um cenário preocupante, visto que a atuação adequada desses profissionais na assistência pré-natal é primordial para o controle da SC e para o alcance da sua almejada erradicação. Destaca-se a importância do reconhecimento da SC como um importante problema de saúde pública brasileiro pelo enfermeiro, visto que a partir de suas ações adequadas e baseadas no conhecimento técnico-científico podem interferir diretamente no controle da doença.
4°	Sífilis gestacional e congênita em Palmas, Tocantins, 2007-2014	Cavalcanti *et al.* (2017)	Descrever o perfil epidemiológico dos casos notificados de sífilis em gestante e SC no período 2007-2014 em Palmas - TO, Brasil.	Foram identificadas 171 gestantes com sífilis (4,7/1.000 nascidos vivos [NV]) e 204 casos de sífilis congênita (5,6/1.000 NV); predominaram gestantes pardas (71,3%), com baixa escolaridade (48,0%) e diagnóstico tardio no pré-natal (71,9%); a incidência de SC variou de 2,9 a 8,1/1.000 NV no período; predominaram, como características maternas, idade de 20-34 anos (73,5%), escolaridade até o Ensino Médio completo (85,3%), realização de pré-natal (81,4%), diagnóstico da sífilis no pré-natal (48,0%) e parceiros de mães que realizaram pré-natal não tratados (83,0%), alcançando quase 80% de nascidos vivos com SC.
5°	Sífilis gestacional: a atuação do enfermeiro	Farias *et al.* (2017)	Objetivo geral o de abordar sobre a sistematização da assistência de enfermagem a gestantes no âmbito da promoção, prevenção e tratamento no que se diz respeito a sífilis gestacional.	A SC ainda é considerada problema importante de saúde pública, mesmo tratando-se de doença de fácil diagnóstico e totalmente evitável quando o tratamento da gestante e de o parceiro é realizado adequadamente. O Governo Federal no ano de 2011 implantou a "Rede Cegonha", visando assegurar à mulher e à criança o direito à atenção humanizada durante o pré-natal, parto/nascimento, período pós-parto e atenção infantil em todos os serviços do Sistema Único de Saúde (SUS). Uma das suas estratégias é a implantação dos testes rápidos diagnóstico do HIV e triagem da sífilis, com intenção de favorecer um diagnóstico prévio desses agravos nas gestantes e o início apropriado das ações de prevenção.

6°	Análise do perfil clínico epidemiológico da sífilis gestacional em Anápolis - Goiás no período de 2012-2018	Moreira *et al.* (2018)	O objetivo do trabalho visa caracterizar o perfil clínico-epidemiológico da sífilis gestacional (SG) em Anápolis – Goiás, descritos no banco de dados do SINAN, entre os anos de 2012 a 2018.	A sífilis ainda é uma doença prevalente em diferentes faixas etárias, podendo trazer riscos e malefícios para aqueles que são infectados, prejudicando não só a qualidade de vida individual, mas também de parceiros e filhos de mães sifilíticas. Dessa forma, é de fundamental importância o estudo e pesquisa dessa doença para torná-la cada vez mais entendida e combatida pelos profissionais de saúde e população em geral.
7°	Sífilis na gestação: associação das características maternas e perinatais em região do sul do Brasil	Padovani (2018)	Analisar a prevalência de sífilis na gestação e sua associação com características socioeconômicas, histórico reprodutivo, assistência no pré-natal e no parto e características do recém-nascido.	A prevalência da SG foi de 0,57%. Foram encontradas as seguintes associações à sífilis na gestação: raça/cor não branca (RP=4,6; IC=3,62-5,76); baixa escolaridade (RP=15,4; IC=12,60-18,86); e ausência do pré-natal (RP=7,4; IC=3,68-14,9). Os desfechos perinatais associados à sífilis gestacional foram prematuridade (RP=1,6 IC=1,17-2,21) e baixo peso ao nascer (RP=1,6; IC=1,14-2,28). Notificaram-se dois óbitos por SC, um óbito por outra causa e cinco natimortos.
8°	Perfil epidemiológico da sífilis congênita em Salvador: 2007-2016	Sena *et al.* (208)	Descrever o perfil epidemiológico dos casos de SC notificados ao SUS, na cidade de Salvador/BA, entre 2007 e 2016.	3.626 casos foram notificados. 99,6% eram crianças menores de um ano; cor parda (51,3%); escolaridade ignorada/em branco (50,0%); residentes no distrito de São Caetano/Valéria (13,9%). Das mulheres avaliadas, 56,6% realizaram pré-natal, com diagnóstico. Neste período (40,8%); tiveram um tratamento inadequado e seu parceiro foi tratado somente em 25,5% dos casos. Das crianças avaliadas, 47,5% não realizaram exame de VDRL em líquor e nem raio-X de ossos longos (37,7%).
9°	Caracterização da sífilis em gestantes no município de Codó – Maranhão no período de 2012 a 2017	Oliveira *et. al.* (2019)	Analisar e descrever a distribuição dos casos notificados de sífilis em gestante no período de 2012 a 2017, no município de Codó.	Foram registrados 253 casos confirmados de sífilis em gestantes no município de Codó - MA, caracterizando uma média anual de 42,16 casos. O maior número de casos confirmados de sífilis foi em 2016 (n=68; 26,88%) e 2015 (n=56; 22,14%); a faixa etária foram de 20 e 39 anos (n=169; 66,80%); a sífilis primária foi a mais notificada (n= 144; 56,92%). A segunda mais notificada foi a sífilis secundária (n=26; 10,28%); 197 (77,86%) foram reativos segundo teste treponêmico e, apenas 4 (1,58%) foram não reativo; o total de casos reativo pelo teste não-treponêmico foi 168 (66,40%), enquanto os não reativos foi 1,98% (n=5).

10°	Sífilis gestacional em Aracaju de 2014 a 2018	Santos (2019)	Caracterizar os casos de SG notificados em Aracaju no período de 2014 a 2018	Aracaju apresentou um total de 606 casos de SG no período de 2014 a 2018. Dentre os anos analisados, o ápice foi em 2018 com 262 casos e o menor índice em 2016 com 74 casos. A raça parda foi a mais notificada (425 casos). Destacou-se a faixa etária entre 20-39 anos com 445 casos. A classificação clínica prevalente foi a latente, inteirando nesse período 577 casos (2018: 257 notificações). Os testes não-treponêmicos reativos consistiram em 491 realizações. Os testes treponêmicos reativos representaram 286 das realizações.

Fonte: elaborado pelo autor, 2020.

A Tabela 1 apresenta as abordagens metodológicas de acordo com as variáveis e o ano de publicação. Assim, podemos observar que 10% das publicações dos artigos selecionados para estudo referem-se ao ano de 2012, 20% ao ano de 2013, 20% ao ano de 2017, 30% ao ano de 2018 e 20% ao ano de 2019. Assim, observa-se que as publicações selecionadas são consideradas atuais. Verificou-se ainda que nas produções ora analisadas destacou-se a abordagem qualitativa, disposta em 70% das produções e a revisão integrativa e quantitativa em 30% nos artigos publicados.

Tabela 1. Distribuição das produções científicas segundo as variáveis: ano, abordagem metodológica, periódico, região de estudo

Variáveis	Nº	%
Ano		
2012	1	10%
2013	2	20%
2017	2	20%
2018	3	30%
2019	2	20%
Abordagem metodológica		
Quantitativa	1	10%
Qualitativa	7	70%
Revisão integrativa	2	20%
Periódico		
Epidemiologia e Serviços de Saúde	1	10%
Revista Saúde Pública	1	10%
II Congresso Brasileiro de Ciências da Saúde	1	10%
Seminário Nacional de Psicologia em Enfermagem	1	10%
Congresso Internacional de Pesquisa, Ensino e Extensão	1	10%
Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia	1	10%
Revista Latino-Americana de Enfermagem	1	10%
Revista Eletrônica Acervo Saúde	1	10%
Congresso Internacional de Enfermagem	1	10%
Enfermagem Brasil.	1	10%

Fonte: elaborado pelo autor, 2020.

3.1. Perfil de gestantes com sífilis gestacional

Conforme Nascimento (2012) a maioria dos casos de SG detectados são de gestantes com idade de 22,7 anos e com baixo grau de escolaridade. A maioria encontra-se no terceiro trimestre da gestação, ou seja, período delicado. Percebeu-se ainda que na realização do pré-natal não faziam os exames necessários para saber se existia alguma doença como a sífilis, e, por conseguinte, 23 % dos casos resultava no óbito fetal. Nesse sentido, observou-se a necessidade de melhor acompanhamento das gestantes, pois caso contrário resulta na morte do feto.

Cavalcanti et. al. (2017) em seu estudo observaram que a maioria dos casos de sífilis em mulheres gestante refere-se a SC, sendo a maioria com baixa escolaridade e com o diagnóstico tardio no pré-natal, o que dificulta a realização de um tratamento adequado. Ademais, a maioria das mulheres observadas pertenciam a faixa etária de 20 a 34 anos, não realizaram tratamento de sífilis no pré-natal e 80% dos nascidos vivos possuíam SC. Neste contexto, observou-se ainda a falta de conhecimento das gestantes em relação à SG, como também da realização do tratamento no período necessário.

Padovani (2018) observou em seu estudo a prevalência da SG foi de 0,57%, um número considerado pequeno, mas que traz sérias consequências às gestantes que a possuem. Ademais, observou que a maioria das mulheres gestantes eram pardas, com baixa escolaridade e não realizavam o pré-natal. Dessa maneira, sem o desenvolvimento adequado e um acompanhamento profissional eficiente, as crianças nasceram de forma prematura e com baixo peso, além também de óbitos ocorridos nesse período.

3.2. Importância do diagnóstico e tratamento da sífilis gestacional

Segundo Domingos *et al*. (2013) perceberam que os casos assistidos em seu estudo demonstraram que as gestantes analisadas não tiveram uma assistência adequada, como por exemplo, houve o início tardio do pré-natal, bem como a ausência de diagnósticos que detectassem como estava a gravidez, além de tratamentos adequados para o tratamento da sífilis quando reconhecida. Sendo assim, percebeu-se que quando há a percepção acerca da existência da sífilis em mulheres gestantes, deve-se imediatamente buscar o diagnóstico para que assim, sejam descritos o melhor tratamento para ser desempenhado pela gestante, afim de minimizar o problema gerado pela doença tanto para o feto quanto para a própria mulher.

Através de Farias *et al*. (2017) percebeu-se a gravidade da SG, bem como a importância do diagnóstico e do tratamento da gestante realizado de forma adequada. Assim, cita que as gestantes possuem o direito de serem assistidas durante o pré-natal, como também no período pós-parto e na atenção à criança durante o seu desenvolvimento. Quanto ao diagnóstico ressalta que devem ser realizados teste rápidos de HIV e triagem da sífilis, com intenção de favorecer um diagnóstico prévio desses agravos nas gestantes e o início apropriado das ações de prevenção.

Por meio de Sena *et al.* (2018) verificou-se que a maioria das mulheres avaliadas realizaram pré-natal e obtinham o diagnóstico da sífilis neste período. Porém, as mesmas tiveram um tratamento inadequado e poucos parceiros foram tratados e uma menor parte das crianças nascidas realizaram os exames necessários para o tratamento da doença. Assim, através desse contexto, observou-se a falta de conhecimento das gestantes e parceiros em buscar assistência e tratamento adequado para a doença, trazendo consequências negativas para cada indivíduo afetado pela sífilis.

Oliveira *et al*. (2019) verificaram em seus estudos que a maioria das gestantes com sífilis pertencem a faixa-etária entre 20 a 39 anos, sendo a sífilis primária a mais notificada e a sífilis secundária a segunda mais notificada. A notificação dessa doença se deu principalmente pelo teste não-treponêmico, ou seja, são testes que detectam anticorpos contra antígenos do *Treponema pallidum*.

Segundo Santos (2019) em estudo realizado em Aracajú entre os anos de 2014 a 2018, a maioria dos casos de sífilis gestacional ocorreu com mulheres pardas e com faixa etária entre 20 a 39. A classificação clínica prevalente foi a latente, ou seja, quando a gestante não possui sintomas. A maioria dos testes realizados foram testes não-treponêmicos.

3.3. O papel do enfermeiro e a sífilis gestacional

Para Lima *et al.* (2013) ressaltam que a falta de conhecimento das gestantes acerca da existência ou não da SG é um problema que afeta muito a saúde dessas mulheres, pois sem esse conhecimento torna-se difícil a atuação dos profissionais de saúde que trabalham com assistência às gestantes, buscando a realização de um pré-natal que controle todos os problemas que podem ser gerados nesse período. Ademais, enfatiza que é de suma importância o papel do enfermeiro, pois é ele quem orienta de busca ações de enfretamentos em casos de SG, controlando assim a doença.

Segundo Moreira *et al*. (2018) a sífilis é uma doença que pode ocorrer em diferentes faixas etárias, podendo trazer riscos e malefícios para aqueles que são infectados, além de prejudicar não só a qualidade de vida individual, mas também de parceiros e filhos de mães sifilíticas. Assim, torna-se importante a realização de estudos que contribuam com o papel dos profissionais de saúde e população em geral.

4. CONCLUSÃO

O presente artigo de revisão visou apresentar a relevância da sífilis gestacional como uma das doenças de maior prevalência e transmissibilidade vertical com variáveis de apresentações e tratamento. Assim, observou-se a importância do diagnóstico precoce e do tratamento adequado para gestantes com sífilis, pois observa-se uma grande quantidade de casos de SC. Parceiros não tratados, gestantes com diagnósticos tardios, desconhecimento da doença e das consequências que ela causa, são agravos que trazem danos para a sociedade e marcas muitas vezes irreversíveis para quem a contrai.

5. REFERÊNCIAS

ARAÚJO, C.L. *et al.* Incidência da Sífilis Congênita no Brasil e sua relação com a Estratégia de Saúde da Família. Revista Saúde Pública. v. 46, p. 479, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Doenças infecciosas e parasitária: guia de bolso. 8. ed. rev. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/doencas_infecciosas_parasitaria_guia_bolso.pdf. Acesso em: 29 mai. 2020.

CAVALCANTI, P.A.M. *et al.* Sífilis gestacional e congênita em Palmas, Tocantins, 2007-2014*. Epidemiologia e Serviços de Saúde, v. 26, p. 255, 2017.

DOMINGUES, R.M.S.M. *et. al.* Sífilis congênita: evento sentinela da qualidade da assistência pré-natal. Revista Saúde Pública, v. 47, p. 147, 2013.

FARIAS, C.L. *et al.* Sífilis gestacional: a atuação do enfermeiro. II Congresso Brasileiro de Ciências da Saúde, 2017. Disponível em: https://editorarealize.com.br/revistas/conbracis/trabalhos/TRABALHO_EV071_MD4_SA4_ID1388_14052017200855.pdf. Acesso em: 30 mai. 2020.

GRUMACH, A.S. *et. al.* A (des)informação relativa à aplicação da penicilina na rede dos sistema de saúde do brasil: o caso da sífilis. DST – Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis, v. 19, p. 120, 2007.

LIMA, S.K.M. *et al.* Conhecimento de enfermeiros atuantes na ESF de fortaleza acerca da sífilis na gestação. Seminário Nacional de Psicologia em Enfermagem, 2013. Disponível em: http://www.abeneventos.com.br/anais_senpe/17senpe/pdf/1117co.pdf. Acesso em: 20 mai. de 2020.

MENDES, K.S. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto Contexto - Enfermagem, v. 17, p. 758, 2008.

MOREIRA, I.C. *et al.* Análise do perfil clínico epidemiológico da sífilis gestacional em Anápolis - Goiás no período de 2012-2018. Congresso Internacional de Pesquisa, Ensino e Extensão, 2018. Disponível em: http://anais.unievangelica.edu.br/index.php/CIPEEX/article/view/2874. Acesso em: 30 mai. 2020.

NASCIMENTO, M.I. *et al.* Gestações complicadas por sífilis materna e óbito fetal. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, v. 4, p. 56, 2012.

PADOVANI, C. *et al.* Sífilis na gestação: associação das características maternas e perinatais em região do sul do Brasil. Rev. Latino-Am. Enfermagem, 2018. Disponível em: https://www.SciELO.br/pdf/rlae/v26/pt_0104-1169-rlae-26-e3019.pdf. Acesso em: 30 mai. 2020.

PEREIRA, G.F.M. Boletim Epidemiológico Sífilis 2012. Ministério da Saúde - Departamento de DSTs, AIDS e Hepatites Virais (BRA); 2012. 12 p. Disponível em: http://www.dst.uff.br/publicacoes/Boletim_epidem_sifilis_2012.pdf. Acesso em: 30 mai. 2020.

OLIVEIRA, K.T.A. *et al.* Caracterização da sífilis em gestantes no município de Codó – Maranhão no período de 2012 a 2017. Revista Eletrônica Acervo Saúde, 2019. Disponível em: https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/236. Acesso em: 30 mai. de 2020.

SANTOS, F.P. Sífilis gestacional em Aracaju de 2014 a 2018. Congresso Internacional de Enfermagem, 2019. Disponível em: https://eventos.set.edu.br/index.php/cie/article/download/11672/4529. Acesso em: 30 mai. 2020.

SARACENI, V. *et al.* Mortalidade Perinatal por Sífilis Congênita: indicador da qualidade da atenção à mulher e à criança. Cadernos de Saúde Pública, v. 21, p. 1244, 2005.

SENA, T. *et al.* Perfil epidemiológico da sífilis congênita em Salvador: 2007-2016. Enfermagem Brasil, 2018. Disponível em: http://portalatlanticaeditora.com.br/index.php/enfermagembrasil/article/view/1240. Acesso em: 30 mai. 2020.

Capítulo 15

GENÉTICA FORENSE: A CONTRIBUIÇÃO DO USO DE REPETIÇÕES DE MICROSSATÉLITES Y (Y-STRS) NA IDENTIFICAÇÃO DE INFRATORES EM CASOS DE VIOLÊNCIA SEXUAL

Ana B B D Carvalho[1], Daniela M Parente[2]

[1] Discente de Medicina, Centro Universitário Uninovafapi, Teresina, PI.
[2] Doutora em Biotecnologia – Rede Nordeste de Biotecnologia/ RENORBIO. Mestre em Ciências da Saúde – Imunologia e Biologia Molecular. Especialista em Saúde Pública e Bioética.

Palavras-chave: *Repetições de microssatélites; cromossomo Y; violência sexual.*

1. INTRODUÇÃO

A técnica de análise conhecida por "Short Tandem Repeat Y" ou microssatélites Y é amplamente utilizada como forma de identificação de seres humanos do sexo masculino. Sua utilização já é bastante conhecida pelos eficazes testes de paternidade. Contudo, segundo Jakovski *et al.* (2013), seu uso na investigação criminal admite importantes resultados, destacando a sua notoriedade na análise forense, visto que a maioria dos infratores são homens.

Dados do Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN), do Ministério da Saúde, atestam para a veracidade desse panorama, com um número quase 2,5 vezes maior de atendimento a mulheres vítimas de violência pelo SUS. Desta forma, a utilização de microssatélites Y nos casos de violência sexual mostra-se extremamente promissora embora, no Brasil, a área da investigação criminal com bases biológicas de DNA ainda seja falha.

A Lei 12.654/2012 introduziu no Brasil o Banco de Perfis Criminais, possibilitando a comparação das amostras disponíveis no local do crime com o perfil dos suspeitos. Além disso, introduziu a identificação obrigatória do perfil genético dos condenados por crimes previstos no artigo 1º da Lei 8072, de 25 de julho de 1990,

possibilitando um cruzamento de informações e a identificação de um possível suspeito, cujos dados estejam cadastrados no sistema.

As novas técnicas da biologia molecular possibilitam a resolução de crimes a partir de exames de DNA. A análise de vestígios biológicos permite identificar com precisão a identidade de uma pessoa ou se o indivíduo esteve no local do crime. Em casos de violência sexual são colhidos vestígios biológicos do corpo da vítima ou do local de crime. A comparação do perfil genético dos vestígios biológicos encontrados na vítima com amostras de um possível suspeito pode identificar ou não a autoria do crime.

Desde 2012, o Brasil está entre as nações que possuem um Banco Nacional de Perfis Genéticos. O crescimento deste banco tem permitido à perícia fornecer informações importantíssimas às diversas investigações policiais, identificar criminosos seriais e, evidentemente, auxiliar a Justiça.

Embora a lei garanta embasamento legal para a utilização de bases biológicas na investigação e, ainda que a criação de um Banco Nacional de Perfis Genéticos contribua efetivamente para a prática Forense, sabe-se que o seu conhecimento ainda é limitado, assim como o seu uso, tornando-o deficiente quando comparado ao "Combined DNA Index System" (CODIS) americano, por exemplo. Segundo Menaker *et al.* (2016), o CODIS serve de base para a análise de kits de material biológico conhecidos como "SAKs" (*Sexual Assault Kits*), sendo descrito por investigadores de unidades de crimes sexuais em adultos ou "Adult Sex Crimes Unit" como importantes para a confirmação da identidade de suspeitos (62%, n = 8), estabelecer a credibilidade da vítima (54%, n = 7) e em provar que ocorreu contato sexual entre ambos (31%, n = 4).

Ante o exposto, o presente trabalho tem por objetivo estabelecer uma relação de importância entre a técnica de microssatélites Y e a investigação de casos de violência sexual nos quais a evidência de DNA se encontra disponível, procurando elucidar o potencial de contribuição do Banco Nacional de Perfis Genéticos.

2. MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa, cujo objetivo é promover uma rica análise da literatura, contribuindo com discussões a partir de métodos e de resultados de pesquisas, assim como reflexões para a realização de futuros estudos (MENDES *et al.*, 2008). Foram utilizadas como fontes para a pesquisa artigos e periódicos recentes, encontrados através das bases de dados PubMed (Public / Publisher MEDLINE), SciELO (*Scientific*

Electronic Library Online), verificados através do Portal de Periódicos da CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior). Foram utilizados os seguintes descritores: “DNA”, “Forensic Genetics”, “Y Chromosome”, “ADN”, “Microsatellite Repeats”, sendo os três últimos utilizados como palavras-chaves, acrescidas de “Sexual Violence” e o primeiro acrescido de “Genética do Crime”. A pesquisa foi realizada de agosto até outubro de 2016.

O método de estudo utilizado constituiu-se de uma pesquisa bibliográfica, descritiva e transversal. Os critérios de inclusão utilizados nessa pesquisa foram: artigos recentes disponíveis na língua inglesa e portuguesa e teses de doutorados, publicados no período entre 2011 e 2016, os quais contemplassem dados e referências úteis na construção de uma linha de pensamento, voltada para estabelecer uma significativa cooperação das técnicas desenvolvidas dentro da Genética na investigação criminal, sobretudo no que diz respeito aos casos de violência sexual em que é possível identificar os infratores a partir da análise de sêmen.

Os critérios de exclusão foram: trabalhos não disponíveis integralmente online, os quais exigissem dedicação financeira e que não abordassem o tema em estudo.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram encontrados 1500 artigos, os quais, após a aplicação dos filtros, foram reduzidos para 17 com o intuito de buscar e apresentar o assunto. Tais trabalhos científicos examinaram a relação entre a investigação de casos de violência sexual e os aspectos genéticos, como DNA e microssatélites cromossomo Y.

Dentro dessas perspectivas, 12 artigos adotaram as temáticas, enfatizando aspectos correlatos com o tema do presente artigo, como a relevância das técnicas de busca de microssatélites Y nas investigações de possíveis agressores; a utilização de Plataformas de Perfis Genéticos e sua contribuição no Brasil e no mundo; a legalidade do uso de bases biológicas nas investigações criminais; a viabilização e a qualidade das amostras de DNA disponíveis para o cruzamento de informações, conforme descrita na Tabela 1.

O DNA humano é composto por várias áreas não codificantes que, por vezes, podem conter repetições de lócus com bases nitrogenadas conhecidas como repetições em tandem. Elas apresentam um número de variações extremamente elevado quando comparado entre dois indivíduos. O processo conhecido como “DNA fingerprinting”, que

consiste na separação desses lócus por primers específicos e posterior submissão à técnica de reação em cadeia da polimerase (PCR) para a sua devida amplificação e eletroforese, é amplamente utilizado em laboratórios para identificação humana a partir do DNA. Com o desenvolvimento e aperfeiçoamento do uso de STRs, a rapidez e a sensibilidade desses testes foram aperfeiçoadas.

Tabela 1. Categorização dos artigos científicos quanto aos autores/ ano de publicação, título do artigo, periódico publicado e ideia central

Autor/Ano	Título	Periódico Publicado	Ideia central
MAIQUILLA *et al.*, 2011	Y-STR DNA analysis of 154 female child sexual assault cases in the Philippines	International Journal of Legal Medicine	Avaliou-se múltiplos casos de agressão sexual em crianças do sexo feminino com a finalidade de identificar perfis de DNA em esfregaço vaginal para cruzar informações utilizando-se de Bancos de DNA. A amostra foi avaliada usando-se microscopia de luz e a técnica PowerPlex® curta repetição em tandem do cromossomo Y (YSTR).
FRANCEZ *et al.*, 2012	Insertion– deletion polymorphisms—utilization on forensic analysis	International Journal of Legal Medicine	A pesquisa objetiva ressaltar a importância dos marcadores inserção-deleção (INDEL) na genotipagem de diferentes amostras biológicas relacionadas com casos criminais, comparando o desempenho obtido pelos painéis InDel-Plex com os resultados obtidos por outros métodos-padrão.
GARVIN *et al.*, 2012	Isolating DNA from sexual assault cases: a comparison of standard methods with a nuclease-based approach	Investigative Genetics	O artigo baseia-se em elucidar as vantagens do uso de uma técnica alternativa - kit de isolamento Erase Sperm - dos métodos padrões na sedimentação de esperma, para obtenção de um perfil genético masculino mais puro, em decorrência da presença de grandes quantidades de células epiteliais das vítimas nos materiais coletados.
JAKOVSKI *et al.*, 2013	Forensic approach to analyzing rape cases	Forensic Science International: Genetics Supplement Series	O estudo baseia-se na ideia de construir um método confiável e vantajoso para obter perfis de DNA, a partir de secreções vaginais coletadas em swabs ginecológicos ou em autópsia.
NEUHUBER *et al.*, 2013	The efficiency of Y-chromosome markers in forensic trace analysis and their inclusion in the Austrian National DNA Database	Forensic Science International: Genetics Supplement Series	O estudo demonstra uma necessidade de maior atribuição de valor à técnica de utilização dos marcadores Y-STR nos bancos de dados que disponibilizam perfis genéticos.

FENG *et al.*, 2014	Y-chromosomal haplotyping of single sperm cells isolated from semen mixtures – a successful identification of three perpetrators in a multi- suspect sexual assault case	Forensic Science	O artigo evidencia a importância da técnica de análise de Y-STR na construção de perfis genéticos individuais a partir de uma amostra multi-contribuinte de sêmen, atentando para a sua contribuição forense na resolução de casos de agressão sexual multi-suspeito.
BRAYLEY-MORRIS *et al.*, 2015	Persistence of DNA from laundered semen stains: Implications for child sex trafficking cases	Forensic Science International: Genetics	A ideia central do estudo é enfatizar a necessidade de recuperar e examinar as roupas das vítimas marcadas com sêmen e provas de DNA, independentemente do tempo de atraso da análise e das condições de lavagem as quais foram submetidas.
FERREIRA *et al.*, 2015	The use of DNA database of biological evidence from sexual assaults in criminal investigations: A successful experience in Brasília, Brazil	Forensic Science International: Genetics Supplement Series	O estudo pretende, com base na análise e coleta de dados de casos de violência sexual ocorridos em Brasília, Brasil, evidenciar a importância da existência de um banco de dados de DNA Y-STR 23 e de DNA Y-STR para a identificação de criminosos e violadores em série.
OLIVEIRA *et al*, 2015	DNA genotyping analysis overview: Profile of rape cases in the state of Pernambuco, Brazil	Forensic Science International: Genetics Supplement Series	Construção de um perfil a partir da análise de casos de estupro no estado de Pernambuco, no Brasil, em que há a elucidação de condições determinantes como estudo de área, de perfis de vítimas e de genotipagem de estupradores através de marcadores de DNA, com o objetivo de determinar hotsposts do crime de forma a evitar sua repetição.
PURPS *et al.*, 2015	Validation of a combined autosomal/Ychromosomal STR approach for analyzing typical biological stains in sexual-assault cases	Forensic Science International: Genetics	O estudo elucida a vantagem da abordagem combinada - Autosomal/Y- chromosomal STR - na análise de amostras biológicas típicas de agressão sexual.
MENAKER *et al.*, 2016	The Use of Forensic Evidence in Sexual Assault Investigations: Perceptions of Sex Crimes Investigators	Violence Against Women	O artigo busca fortalecer uma visão sobre a utilidade das provas de DNA, devido à constatação de uma compreensão limitada da forma como são utilizados provas forenses e seu impacto sobre a resolução de casos de violência sexual.

Fonte: elaborado pelo autor, 2020.

Um estudo realizado no estado de Pernambuco e Oliveira *et al*. (2015), mostra que a maioria dos casos de violência sexual ocorre, principalmente, contra mulheres (88,37% n = 38), sendo vítimas de estranhos (74,42% n = 32) e em áreas metropolitanas (62%). Considerando que na maioria das grandes capitais brasileiras a situação seja semelhante, o uso de Y-STR pode contribuir decisivamente para a resolução de crimes – como foi

obtido nos resultados presentes na tabela 1 - já que a maioria dos infratores é do sexo masculino, podendo deixar resíduos de sêmen que possam conter o seu DNA.

Isso pode ser corroborado por Ferreira *et al*. (2015), quando, ao realizar estudos de rotina de casos de violência sexual em Brasília, mostrou que o uso de Y-STRs foi crucial para a análise de misturas complexas, e possui um poder discriminatório elevado, mostrando a sua utilidade em casos de violência sexual.

Durante o exame do corpo da vítima e do local de crime, são recolhidos materiais biológicos do suspeito e da vítima. Os vestígios coletados são encaminhados para um laboratório forense, onde o perfil de DNA é identificado. Esses vestígios são fundamentais para identificar a autoria de um crime ou inocentar um suspeito (tabela 1). Os Perfis Genéticos levantados são inseridos nos Bancos de dados de Perfis Genéticos e assim, os peritos criminais podem estabelecer coincidências de perfis genéticos e contribuir na resolução criminal (BRASIL, 2019).

Como já verificado nos Estados Unidos, Canadá, Japão, Austrália e Europa, os Bancos de Perfis Genéticos têm corroborado muito com a investigação criminal (LACERDA, 2012). No Brasil, a Lei 12.654 de 28 de maio de 2012, cria um banco nacional de DNA para auxiliar na resolução de crimes e busca instituir no país uma unidade central de informações genéticas. A Lei representa uma grande promessa, pois permitirá identificar infratores, bem como evitar que inocentes sejam punidos (BRASIL, 2012)

Atualmente, a China conta com o maior banco de dados de perfis genéticos do mundo, com mais de 50 milhões de perfis inseridos. O banco dos Estados Unidos contém 13,5 milhões de perfis genéticos de condenados, cerca de 895 mil perfis de vestígios de local de crime. As informações auxiliaram mais de 428 mil investigações criminais nos EUA. O banco do Reino Unido é considerado o mais eficiente do mundo, armazena o perfil genético de mais de 5 milhões de indivíduos suspeitos de cometerem crimes. (BRASIL, 2019). Na Inglaterra, por exemplo, o uso desse sistema já contribui com a identificação de um número acima de 60% das amostras que constituem vestígios biológicos encontrados em áreas de crime (JACQUES, 2013).

O Banco Nacional de Perfis Genéticos brasileiro contém aproximadamente 6.500 perfis genéticos de condenados, 440 de investigados e 7.800 de vestígios de local de crime. No Brasil, até o momento, 559 investigações foram auxiliadas por essa ferramenta (BRASIL, 2019), um número ainda muito inferior quando comparado ao resto do mundo. Para que a ferramenta se torne eficaz, é necessária uma ampliação na quantidade de

vestígios a serem processados e inseridos, o que exige do país um maior cuidado em preservar locais de crime, além do aprimoramento da infraestrutura laboratorial.

Embora essa abordagem forense da genética ainda pareça desafiadora no âmbito do Brasil, principalmente devido ao fato de ainda constituir-se obscura a uma grande parcela da sociedade - embora, segundo o Ministério Público, já se constate a existência de Bancos de Perfis Genéticos em 18 estados – ela sustenta uma proposta promissora em prol da Justiça, ganhando cada dia mais força no âmbito internacional e estabelecendo uma grande promessa para a resolução de crimes no território brasileiro.

4. CONCLUSÃO

Diante dos dados analisados, a utilização de microssatélites no cromossomo Y tem se mostrado eficiente na identificação de criminosos, cujos vestígios de DNA foram recolhidos na cena do crime, explicitando a importância da existência de um Banco de Perfis Genéticos, que armazenam dados de criminosos, perante sua significativa relevância como ferramenta para resoluções de crimes de violência sexual.

Trata-se de uma técnica simples, capaz de ser realizada mesmo em amostras recolhidas bastante tempo após o ato criminal, principalmente devido à longevidade garantida pela estabilidade química dessa molécula, o que sugere sua eficácia até mesmo em casos já arquivados.

Assim, vê-se a necessidade de aprimorar o Banco de Perfis Genéticos do Brasil para torná-lo comparável ao de países em que esta forma de investigação já é avançada e responsável pela resolução de um número significativo de crimes. Além disso, é também necessária uma ampliação do tema à sociedade, principalmente àqueles que atuam como atores de persecução penal, tendo em vista a grande subutilização desse sistema no nosso país.

5. REFERÊNCIAS

BRASIL, Ministério da Justiça. Banco Nacional de Perfis Genéticos: uma ferramenta eficiente para elucidação de crimes. Brasília, 2018. https://www.justica.gov.br/news/collective-nitf-content-1556212211.45. Acesso em: 10 fev. 2020.

BRAYLEY-MORRIS, H. *et al*., Persistence of DNA from laundered semen stains: Implications for child sex trafficking cases. Forensic Science International: Genetics, v. 19, p. 165, 2015.

FENG, L. *et al.* Y-chromosomal haplotyping of single sperm cells isolated from semen mixtures – a successful identification of three perpetrators in a multisuspect sexual assault case. Croatian Medical Journal. v. 55, p. 537, 2014.

FERREIRA, S.T.G. *et al.* Routine analysis of sexual assault cases in Brasília, Brazil, using 23 Y chromosomal markers. Forensic Science International: Genetics Supplement Series v. 5, e619, 2015.

FERREIRA, S.T.G. *et al.* The use of DNA database of biological evidence from sexual assaults in criminal investigations: A successful experience in Brasília, Brazil. Forensic Science International: Genetics Supplement Series v. 5, e595, 2015.

FRANCEZ, P.A.C. *et al.* Insertion–deletion polymorphisms—utilization on forensic analysis. International Journal of Legal Medicine, v. 126, p. 491, 2012.

GARVIN, A.M. *et al.* Isolating DNA from sexual assault cases: a comparison of standard methods with a nuclease-based approach**.** Investigative Genetics, v. 3, p. 25, 2012.

MAIQUILLA, S.M.B. *et al.* Y-STR DNA analysis of 154 female child sexual assault cases in the Philippines. International Journal of Legal Medicine, v. 125, p. 817, 2011.

MENAKER, T.A. *et al.* The use of forensic evidence in sexual assault investigations: Perceptions of Sex Crimes Investigators. Violence Agains Women, v. 23, p. 399, 2017.

NEUHUBER, F. *et al.* The efficiency of Y-chromosome markers in forensic trace analysis and their inclusion in the Austrian National DNA Database. Forensic Science International: Genetics Supplement Series, v. 4, e172, 2013.

OLIVEIRA, N.C.L. *et al.* DNA genotyping analysis overview: Profile of rape cases in the state of Pernambuco, Brazil. Forensic Science International: Genetics Supplement Series, v. 5, e551, 2015.

PURPS, J. *et al.* Validation of a combined autosomal/Y-chromosomal STR approach for analyzing typical biological stains in sexual-assault cases**.** Forensic Science International: Genetics, v. 19, p. 238, 2015.

Capítulo 16

A IMPORTÂNCIA DA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA NA FORMAÇÃO DE RESIDENTE EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Natália L Mesquita[1], Renato K P Carvalho[2]

[1] Farmacêutica Residente em Saúde da Família pela Universidade Estadual Vale do Acaraú – UVA.
[2] Médico pela Universidade Federal de Campina Grande – UFCG, Especialista em Saúde da Família pela Universidade Federal do Ceará – UFC.

Palavras-chave: *Educação permanente, educação continuada, educação em saúde.*

1. INTRODUÇÃO

Na Educação Permanente em Saúde (EPS) é possível analisar e considerar que existe uma prática de ensino-aprendizagem e uma Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS). A ESP busca o trabalho como a vivência de ensino na realidade vivida pelos envolvidos, os problemas enfrentados no dia-a-dia do trabalho e as experiências desses atores servem como base de interrogação e mudança, sendo que a EPS expressa uma opção político-pedagógica (CECCIM & FERLA, 2009).

Assim, é essencial o conhecimento sobre os processos de saúde pública. Seguindo o contexto dessa visão atual, tem-se o Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde, que envolve: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social, busca a construção e organização de uma gestão da educação na saúde, sendo ela integrada da gestão do SUS (CECCIM & FEUERWERKER, 2004).

A Portaria nº 198/GM, 13 de fevereiro de 2004 institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), afirmando: 1) a articulação entre ensino, trabalho e cidadania; 2) a vinculação entre formação, gestão setorial, atenção à saúde e participação social; 3) a construção da rede do SUS como espaço de educação profissional; 4) o reconhecimento de bases locorregionais como unidades político-territoriais, onde estruturas de ensino e de serviços devem se encontrar em "co-operação"

para a formulação de estratégias para o ensino, assim como para o crescimento da gestão setorial, a qualificação da organização da atenção em linhas de cuidado, o fortalecimento do controle social e o investimento na intersetorialidade. O eixo para formular, implementar e avaliar a educação permanente em saúde deve ser o da integralidade e o da implicação com os usuários (CECCIM & FERLA, 2009).

A educação continuada contempla as atividades que possui período definido para execução e utiliza, em sua maior parte, os pressupostos da metodologia de ensino tradicional, como exemplo as ofertas formais nos níveis de pós-graduação. Relaciona-se ainda às atividades educacionais que visam promover a aquisição sequencial e acumulativa de informações técnico-científicas pelo trabalhador, por meio de práticas de escolarização de caráter mais formal, bem como de experiências no campo da atuação profissional, no âmbito institucional ou até mesmo externo a ele (BRASIL, 2012).

No que concerne à EPS, a definição assumida pelo Ministério da Saúde (MS) se configura como aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. A EPS se baseia na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais e acontece no cotidiano do trabalho (BRASIL, 2018).

Caracteriza-se, portanto, como uma intensa vertente educacional com potencialidades ligadas a mecanismos e temas que possibilitam gerar reflexão sobre o processo de trabalho, autogestão, mudança institucional e transformação das práticas em serviço, por meio da proposta do aprender a aprender, de trabalhar em equipe, de construir cotidianos e eles mesmos constituírem-se como objeto de aprendizagem individual, coletiva e institucional (BRASIL, 2018).

Ceccim e Ferla (2009), relatam sobre a busca por inovar na proposição de articulações entre o ensino, o trabalho e a cidadania. E baseado em estudos de metodologias ativas na formação de profissionais de saúde, tendo a utilização do Arco de Charles Maguerez, que possibilita ao profissional ou aluno, repensar e reconstruir suas próprias práticas pedagógicas (PRADO *et al*., 2012).

Partindo do exposto, o objetivo geral deste trabalho foi refletir sobre a importância da Educação Permanente em Saúde, às vistas de um relato de experiência na formação de residente em saúde da família.

2. MÉTODO

Trata-se de um relato de experiência delineado a partir da vivência da formação em residente em saúde da família, realizada com equipes multiprofissionais, em atuação em dois Centros de Saúde da Família de um município do interior do Ceará. O período do relato foi de março de 2019 a maio de 2020.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A EPS está envolvida em todos os processos de ensino-aprendizagem, tendo em vista o trabalho como a vivência de ensino, buscando a integração da gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) com a Educação Continuada para os processos de trabalho.

O programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF) é dialogado e articulado com a Rede de Atenção à Saúde (RAS) de um município do interior do Ceará. A formação envolve um processo de trabalho prático e aulas teóricas, sendo desenvolvido na Atenção Básica à Saúde (ABS). São realizadas diversas atividades, tanto no núcleo profissional de cada categoria específica, para as equipes multiprofissionais e para toda a comunidade do território, podendo ser atividades articulas com os equipamentos sociais do local.

Pode-se perceber, na prática vivenciada pela RMSF, como é transformador os processos de saúde quando vivenciadas as práticas de ensino-aprendizagem, por exemplo em um Centro de Saúde da Família (CSF) com toda a equipe de profissionais e todos os setores. A primeira mudança reconhecida é melhoria do diálogo entre os profissionais de saúde e os usuários do território.

Na experiência vivenciada no CSF em dois territórios de um município do interior do Ceará, é perceptível a mudança realizada pela EPS na transformação da linha de cuidado do paciente e na capitação de profissionais de saúde na ABS. A RMSF valoriza o aprendizado da prática vivenciada, o residente é incluído no processo de trabalho de duas equipes de saúde da família, sendo acompanhado por profissionais do município e um tutor com mestrado em saúde pública. Similar o conceito da EPS que fala em aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar, se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho.

O Sistema Único de Saúde (SUS), tem fragilidades pela ausência da EPS, sendo vivenciadas essas fragilidades na prática de trabalho, como: falta de entendimento das

políticas públicas de saúde, falta de capacitações públicas aos profissionais de saúde, falta de planejamento de gestão, falta de comunicação, entre outras. Assim, a EPS afirma ser uma necessidade para ser trabalhada em todos os três níveis de atenção à saúde: primária, secundária e terciária.

A EPS realiza a agregação entre aprendizado, reflexão crítica sobre o trabalho e resolutividade da clínica, da promoção da saúde coletiva e busca o fortalecimento do SUS, fazendo essencial a prática de algumas atualizações, como a prática da Educação Permanente em Saúde, a prática da Educação Continuada e a prática da Educação em Saúde para a população.

A EPS e as Residências Multiprofissionais em Saúde, são necessárias para o SUS, devem ser reconhecidas pelos governantes e população. A EPS representa um marco para a formação e trabalho em saúde. Essa assertiva deriva das diversas divulgações nas mídias públicas sobre as decisões na área da saúde, afetando diretamente os profissionais de saúde e os usuários.

4. CONCLUSÃO

Refletir a prática profissional é necessário para a qualificação, sendo essencial para a formação profissional dos gestores, profissionais de saúde e da elaboração de políticas em saúde. A discussão pela Educação Permanente em Saúde, portanto, é de total relevância, por ser uma estratégia de aperfeiçoamento contínuo, para processos formativos em saúde e de transformações efetivas no cotidiano do trabalho, buscando a qualidade da assistência aos usuários.

5. REFERÊNCIAS

BRASIL. Portaria nº 198/GM, 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 2004. Disponível em: https://www.saude.gov.br/trabalho-educacao-e-qualificacao/gestao -da-educacao/qualificacao-profissional/40695-politica-nacional-de-educacao-permanente-pneps Acesso em: 10 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Glossário temático: gestão do trabalho e da educação na saúde. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov. br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude_fortalecimento.pdf. Acesso em: 05 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento? / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde – 1. ed. rev. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude_fortalecimento.pdf. Acesso em: 05 jun. 2020.

CECCIM, R.B. & FEUERWERKER, L.C.M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. Physis, v. 14, p. 41, 2004.

CECCIM, R.B. & FERLA, A.A. Educação Permanente em Saúde. Apud: Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2009.

PRADO, M.L. *et al.* Arco de Charles Maguerez: Refletindo Estratégias de Metodologia Ativa na Formação de Profissionais de Saúde. Escola Anna Nery, v. 16, p. 172, 2012.

Capítulo 17

BIOÉTICA NO ENFRENTAMENTO DA SAÚDE MENTAL

Fernanda P de Oliveira [1], Márcia G M Coelho[2], Rosendo F de Amorim[3], Francisca L R de Farias[4], Maria R da S Lima[5]

[1] Mestre em Saúde Coletiva, Universidade de Fortaleza, Fortaleza/CE.
[2] Docente do Departamento de Medicina, Universidade de Fortaleza, Fortaleza/CE.
[3] Docente do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade de Fortaleza/CE.
[4] Docente do Departamento de Enfermagem, Universidade de Fortaleza/CE.
[5] Mestre em Saúde Coletiva, Universidade de Fortaleza/CE.

Palavras-chave: *Bioética; saúde mental; cuidado.*

1. INTRODUÇÃO

A bioética é um novo campo de conhecimento, uma corrente de pensamento que é amplamente desenvolvida no Brasil. Além de trabalhar com muitas discussões e reflexões em diversas áreas do conhecimento, a bioética também está relacionada a questões éticas decorrentes da ciência e avanços tecnológicos de hoje em dia. Tais questões se tornam mais evidentes na área da saúde, devido à ampla aplicação de novos conhecimentos científicos e tecnológicos relacionados com a manutenção da vida e da saúde humana (AMARANTE & BASAGLIA, 2005).

O termo bioética vem como forma de enfatizar dois componentes importantes: o conhecimento científico e os valores humanos. Sob o contexto social, pretende responder as diversas e inúmeras questões sobre as transformações em diversas áreas do saber e as relações humanas (CAMPOS, 2013).

A bioética tem encontrado eco em discussões teológicas e filosóficas, adquirindo caráter multidisciplinar ao estender seus debates para áreas do direito, ciências sociais, antropologia, psicologia etc. Nas ciências da saúde, o campo centrou seu foco nas condutas da equipe médica e no relacionamento médico-paciente. Posteriormente, questões relativas à bioética foram assimiladas também por políticas públicas, na economia e no entendimento sociológico da exclusão social (GOLDIM, 2006).

Estudos da bioética baseiam-se em valores morais e éticos, que precisam ser considerados no desenvolvimento das nações, em respeito à dimensão social nas discussões sobre saúde pública. A bioética cumpre, então, o papel de fundamentar políticas públicas voltadas à saúde, estabelecendo normas para instituições, profissionais, procedimentos de cuidado e tomada de decisão (PARIZI, 2016).

Assim, considerando a saúde mental, novas formas de cuidado são propostas, sustentadas no modo psicossocial, com ações centradas não mais na doença, mas no indivíduo e nas suas potencialidades. O novo modelo, denominado de assistencial, propõe um conjunto de ações inspiradas na substituição do modelo manicomial dos hospitais psiquiátricos pela criação de uma rede de serviços territoriais de atenção psicossocial, dispositivos institucionais de características não asilares, alternativas de base comunitária. Não pretende abolir o tratamento clínico, mas eliminar a prática do internamento como uma forma de exclusão social. Para isto, preconiza o atendimento por equipe multiprofissional, com atuação interdisciplinar, no sentido de fortalecer a reintegração sociocultural das pessoas com transtorno mental (SARACENO, 1999; AMARANTE & BASAGLIA, 2005; NASI & SCHNEIDER, 2011).

Tal cuidado é cotidiano e envolve uma demanda de atenção nem sempre prontamente assistida, devido a inúmeras dificuldades vivenciadas tanto pelos pacientes e seus familiares, quanto pelos profissionais e a sociedade em geral, como a escassez de recursos, inadequação da assistência profissional, estigmatização, violação de direitos dos doentes, dificuldade de acesso a programas profissionalizantes, etc (FUREGATO, 2009).

A bioética vem mostrar aos profissionais da saúde um novo perfil, um profissional que deva ser mais humanista, crítico, reflexivo e essencialmente ético, tanto para diminuir problemas como imperícia, negligência e imprudência, quanto para melhorar a qualidade da assistência, através de um cuidado diferenciado. Por meio deste, pode utilizar desde conceitos éticos até a espiritualidade como recurso para alcançar a promoção da saúde, bem como a solução de determinantes sociais que afetam a população (MILLANI & OLIVEIRA, 2015).

No que se refere bioética em saúde mental deve-se estabelecer conceitos e métodos úteis na identificação, análise e resolução de problemas relacionados ao tratamento com o paciente portador de patologias que afetam o bem-estar mental, principalmente aqueles relacionados as condutas, a moral e aos valores inseridos no contexto assistencial.

Desta forma, este estudo teve como objetivo compreender a bioética no campo da saúde mental.

2. MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa exploratória, descritiva, realizada por meio de revisão integrativa. A revisão integrativa da literatura é um método amplo de pesquisa que permite a inclusão tanto de estudos experimentais como não experimentais, e tem como propósito, a revisão de conceitos, teorias, evidências, permitindo uma síntese de vários estudos publicados e conclusões gerais acerca do tema investigado (WHITTEMORE & KNALFL, 2005; CROSSETTI, 2012).

A seleção do material foi realizada nos meses de março e abril de 2020. O levantamento das informações se deu em ambiente virtual, nas seguintes bases científicas: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Literatura Internacional em Ciências da Saúde (MEDLINE) e *Scientific Electronic Library Online* (SciELO). Realizou-se a busca no LILACS, SciELO e MEDLINE através do portal da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). A investigação baseou-se na utilização dos descritores: “saúde mental”; “bioética”. Considerou-se o período de 2006 a 2018.

Os critérios de inclusão para o estudo foram: abordar a temática em estudo; constar nas bases de dados selecionadas; texto disponível na íntegra; ter sido redigido na forma de artigo original ou revisão; ser redigido ou traduzido em português, inglês ou espanhol. Os critérios de não inclusão foram os textos incompletos; repetição de um mesmo artigo em mais de uma base de dados e/ou que não atendessem ao objeto de estudo da pesquisa.

O procedimento de coleta dos dados seguiu o seguinte roteiro: após a leitura na íntegra, foi elaborado um formulário composto pelo título do artigo, periódico de publicação, ano de publicação, método e principais achados a partir do levantamento referencial. Verificou-se a quantidade de artigos encontrados na base de dados, a fim de verificar como está sendo trabalhada a bioética no campo da saúde mental. De posse dos artigos para o estudo, uma análise qualitativa foi realizada.

Os achados foram categorizados segundo a técnica de análise de conteúdo de Bardin (2011), consistindo de análise exploratória de conteúdos pela pré-análise e

categorizados tematicamente com base na classificação dos elementos segundo suas semelhanças e analisadas, conforme a frequência de seus significados.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Surgiram, a partir das análises, duas categorias temáticas resultantes de três artigos, que serão discutidos logo a seguir:

3.1. Bioética no contexto da saúde coletiva

A saúde é compreendida como uma série de fatores contribuintes para um melhor funcionamento das funções da vida, como moradia, educação, alimentação e acessos aos serviços de saúde de forma igualitária, integrativa e respeitando os princípios da Bioética.

A saúde coletiva é entendida como campo científico, onde se produzem saberes e conhecimentos acerca do objeto "saúde" e onde operam distintas disciplinas que os contemplam sob vários ângulos, e como prática social, onde se realizam ações em diferentes organizações e instituições por diversos agentes (especializados ou não), dentro e fora do espaço convencionalmente reconhecido como "setor saúde" (PAIM & ALMEIDA FILHO, 1998).

A Bioética, com suas interconexões com a Saúde Pública, pode criar um ambiente propício para as conversações sobre os direitos inerentes à saúde, fortalecendo a busca pela equidade e a reflexão sobre as questões relativas à justiça distributiva, de modo a promover ações eticamente responsáveis nas políticas e nas práticas em saúde pública (VIEIRA & VERDI, 2011).

3.2. Bioética na assistência da doença mental

Neste contexto, destaca-se o paciente portador de patologia na área da saúde mental. Temos, na Bioética, ações de saúde integradas à questão moral da responsabilidade e em ações propostas no contexto da existência de uma pluralidade de necessidades humanas, de valores, respeitando cada um, suas peculiaridades, seus costumes, direitos e deveres na resolução de seus problemas de saúde.

Os profissionais da saúde estão assumindo uma postura reflexiva sobre os conflitos éticos, morais e legais da assistência, substituindo o caráter hipocrático,

frequentemente observado entre esses profissionais, pela postura mais consciente, voltada para os valores, objetivos e necessidades do portador de sofrimento mental (SANTOS & MASSAROLLO, 2004).

Assim. quando falamos de Bioética como prática de atendimento no contexto da saúde mental, requer-se o desenvolvimento de relações profissionais saudáveis, pautadas no reconhecimento da dignidade, do respeito e do zelo com o doente.

4. CONCLUSÃO

A Bioética constitui, como um campo científico, uma proposta para pensar, compreender e aprender sobre situações práticas nos modos de ser e fazer saúde, no intuito de tomar decisões mais apropriadas com foco nas ações humanas relativas à vida, à saúde e ao ambiente.

Foi possível identificar através do estudo em questão que a Bioética assume papel fundamental em prol dos direitos referente à vida, a integridade do ser humano, e no campo da saúde mental na produção de respostas mais efetivas em relação a dignidade, o respeito e o zelo na prestação da assistência dos serviços de saúde.

Para Bioética é fundamental a valorização do ser humano com reflexão ética, para nortear as práticas de saúde de caráter multidisciplinar com enfoque na responsabilidade social. Compreende-se que a Bioética é a combinação dos conhecimentos científicos com a dimensão física, psíquica, moral e espiritual, envolvendo o cuidado, no contexto da saúde mental, com aqueles sujeitos portadores de doenças que interferem no cotidiano de suas atividades de vida diárias.

5. REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. & BASAGLIA, F. Escritos Selecionados em Saúde Mental e reforma psiquiátrica. 1ª ed. Rio de Janeiro: Garamond, 2005. 334 p.

BARDIN, L. Análise de conteúdo. 1ª ed. Lisboa: Edições 70, 2011. 280 p.

CROSSETTI, M.G.O. Revisão integrativa de pesquisa na enfermagem: o rigor científico que lhe é exigido. Revista gaúcha de enfermagem, v. 33, p. 08, 2012.

FUREGATO, A.R.F. Mental health policies in Brazil. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 43, n. 2, 2009.

GOLDIM, J.R. Bioética: origens e complexidade. Revista HCPA, v. 26, p. 86, 2006.

MILLANI H.; OLIVEIRA S.L. Ética e psicanálise na formação do profissional enfermeiro. 2015.169p. Tese (Doutorado em Educação) – Universidade Metodista de Piracicaba, Piracicaba, 2015. Disponível em: http://iepapp.unimep.br/biblioteca_digital/pdfs/docs/17082015_172437_helenadefatima bernardesmillani_ok.pdf. Acesso em: 24 jun. 2020.

NASI, C. & SCHNEIDER, J.F. O Centro de Atenção Psicossocial no cotidiano dos seus usuários. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 45, p. 1157, 2011.

PAIM, J.S. & ALMEIDA FILHO, N. Saúde coletiva: uma" nova saúde pública" ou campo aberto a novos paradigmas? Revista de Saúde Pública, v. 32, p. 299, 1998.

PARIZI R. O conflito público-privado na saúde pública. In: Siqueira JE, Zoboli E, Sanches M, Pessini L, organizadores. Bioética clínica: memórias do XI Congresso Brasileiro de Bioética, 3., 2016, Brasília. Anais do III Congresso Brasileiro de Bioética Clínica e III Conferência Internacional sobre o Ensino da Ética. Brasília: CFM; 2016. p. 21-35.

RATES, C.M.P. & PESSALACIA, J.D.R. Posicionamento ético de acadêmicos de Enfermagem acerca das situações dilemáticas em saúde. Revista Bioética, v. 18, p. 659, 2010.

SANTOS, D.V. & MASSAROLLO, M.C.K.B. Posicionamento dos enfermeiros relativo à revelação de prognóstico fora de possibilidade terapêutica: uma questão bioética. Revista Latino-americana de Enfermagem, v. 12, p. 790, 2004.

SARACENO, B. Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível. 1ª ed. Rio de Janeiro: Instituto Franco Basaglia/ Te Corá, 1999, 176 p.

VIEIRA, J.B. & VERDI, M.I.M. Interfaces entre Saúde Coletiva e Bioética a partir de um estudo da publicação de autores vinculados à pós-graduação em Saúde Coletiva no Brasil. Interface-Comunicação, Saúde, Educação, v. 15, p. 21, 2011.

WHITTEMORE, R. & KNAFL, K. The integrative review: update methodology. Journal of Advanced Nursing, v. 52, p. 546, 2005.

Capítulo 18

OCORRÊNCIA DE TRANSTORNOS ALIMENTARES EM USUÁRIOS DA SAÚDE MENTAL

Kelly P Borges[1], Ana Mara F. de Melo[2]

[1] Bacharel em Nutrição pelo Centro Universitário INTA- UNINTA, Sobral/ Ceará.
[2] Docente do Departamento de Psicologia, Centro Universitário INTA- UNINTA, Sobral/ Ceará.

Palavras- chave: *comportamento alimentar; saúde mental; atenção primária.*

1. INTRODUÇÃO

A alimentação de um indivíduo não consiste apenas no ato de comer, mas em uma atividade complexa e que exige uma série de procedimentos chamados de cuidados nutricionais. Estes cuidados estão voltados para a manutenção da saúde e prevenção de doenças e consiste em orientações nutricionais para aquisição de hábitos alimentares saudáveis. Porém, os indivíduos podem apresentar comportamento alimentar desordenado ou inadequado que pode provocar prejuízos à saúde. A isso, denomina-se transtornos alimentares (SILVA *et al*., 2012).

Os transtornos alimentares podem ser definidos como alterações do comportamento alimentar do indivíduo, em que essas alterações podem acarretar prejuízos à saúde e se não diagnosticadas e tratadas precocemente apresentam potencial para causar doenças crônicas, muitas vezes silenciosas, afetando a saúde de modo geral (OMS, 1993).

Nas pesquisas sobre as dimensões nutricionais, os transtornos alimentares mais conhecidos são a Anorexia (AN) e a Bulimia (BN), tendo como características principais a compulsão alimentar e a obsessão com o controle de peso, com maior prevalência em indivíduos do sexo feminino. Observando a dificuldade em relação aos aspectos relacionados ao aparecimento destes distúrbios, nota-se que há uma ideia negativa em relação a imagem corporal, desenvolvendo um temor a obesidade ocasionando uma maior

facilidade de adesão a diferentes métodos inadequados para o controle de peso (SILVA *et al*., 2012).

A imagem corporal refere-se, de maneira geral, à representação que cada indivíduo possui acerca de seu próprio corpo. A qualidade da imagem corporal de um indivíduo se encontra intimamente associada à consistência de seu sistema de identidade. Esse sistema, por sua vez, é influenciado pelas representações das relações elaboradas durante a infância e pelas experiências emocionais de relacionamento com o corpo do outro e com o próprio (PERES & SANTOS, 2006).

Alguns fatores contribuem para a construção da imagem corporal, como os de natureza psicossocial, a qualidade da interação com amigos ou colegas, que por sua vez influenciam nas atitudes de pessoas de um grupo. Estudos mostram que determinados grupos ou contextos sociais tendem a partilhar das mesmas atitudes quanto à imagem corporal, restrição dietética atribuídas às tentativas para perder peso, essas atitudes grupais podem influenciar o desencadeamento do transtorno alimentar com mais frequência. A dinâmica de interação familiar também pode contribuir para o surgimento do problema, pois por muitas vezes preocupa-se com a aparência e deseja sempre manter a harmonia; para isso, nega ou ignora conflitos existentes nas relações familiares (BARLOW & DOURAND, 2008).

O termo imagem corporal não consiste em uma imagem no sentido próprio da palavra, portanto, não é um espelho fiel de nosso corpo. Cada pessoa elabora ao seu modo a imagem do próprio corpo, assim essa imagem não é apenas consciente, ela é construída também, parcialmente, tomando como referência o corpo de outras pessoas, podendo ser construída e reconstruída, em um processo continuo. Ou seja, leva-se em consideração não somente o indivíduo em si, mas também tudo ao seu redor e suas transformações (MENÉDEZ, 2007).

Diante do exposto, as alterações no comportamento alimentar podem ser influenciadas por vários fatores, como vulnerabilidade biológica e psicológica e, com os pacientes da saúde mental, não é diferente. Muitos desenvolvem transtornos alimentares devido a quadros de ansiedade, compulsão alimentar ou mesmo por efeitos colaterais dos medicamentos utilizados para o tratamento das doenças psiquiátricas. Assim, passam a perder ou ganhar peso sem consciência da real situação em que se encontram, podendo desenvolver um quadro de desnutrição ou obesidade, sem ao menos perceber estratégias para modificar sua relação com o alimento e, por conseguinte, com a balança.

A prevenção e tratamento desses transtornos requer acompanhamento de uma equipe multiprofissional, onde o nutricionista traz sua contribuição através de orientação alimentar e nutricional aos grupos de risco, para assim promover melhoras na qualidade de vida dos mesmos, juntamente com o diagnóstico e tratamento desses transtornos.

Diante do exposto, este estudo é importante para compreender de forma mais aprofundada os hábitos alimentares dos usuários da saúde mental identificando possíveis transtornos alimentares e contribuindo assim para uma melhor orientação sobre uma alimentação adequada a este público. Portanto, o objetivo desse estudo foi analisar a ocorrência de transtornos alimentares em usuários da saúde mental atendidos em um Centro de Saúde da Família.

2. MÉTODO

A pesquisa foi realizada em um Centro de Saúde da Família (CSF) localizado na cidade de Sobral, Ceará – Brasil. À época, estavam em acompanhamento 244 usuários da saúde mental. A partir desta população foi selecionada, de forma voluntária e aleatória, uma amostra de 37 usuários, mediante ao cálculo amostral com nível de confiança de 90%.

Os critérios de inclusão foram usuários da saúde mental do CSF, com idade igual ou superior a 18 anos, que fazem o uso regular de medicamentos psicotrópicos, convivendo com familiares e/ou cuidador e que possuam discurso elaborado. Foram excluídos do estudo os usuários dos outros serviços de atendimento do referido CSF, onde cada usuário assinou o termo de Consentimento Livre e Esclarecido como requisito ético de participação no estudo/pesquisa.

A coleta de dados ocorreu no mês de maio de 2019, através de visitas domiciliares que se deram juntamente com a Agente Comunitária de Saúde na área de abrangência do referido CSF. No primeiro momento foi aplicado um questionário estruturado, composto por questões específicas e as respostas foram analisadas de acordo com a frequência e comparadas entre si. Também foi aplicado outro questionário, contendo recordatório alimentar do usuário e coletada outras informações relevantes para o estudo.

Na sequência foi aplicado o Teste de Atitudes Alimentares (TAA), e analisado de acordo com a sua pontuação por questão, o ponto de corte estabelecido é de 21 pontos. Acima desse valor, os participantes serão classificados como grupo de risco ao desenvolvimento do transtorno alimentar. Caso a soma dos pontos fosse abaixo de 21,

indica normalidade. Cada questão apresenta seis opções de resposta, conferindo-se pontos de 0 a 3, dependendo da escolha (sempre = 3 pontos, muito frequentemente = 2 pontos, frequentemente = 1 ponto, às vezes = 0 pontos, raramente e nunca = 0 pontos.

As 26 questões foram divididas em três escalas ou fatores obtidas a partir de análise fatorial, cujos conceitos e números estão a seguir: (I) Escala da dieta itens nº: 1, 6, 7, 10, 11, 12, 14, 16, 17, 22, 23, 24 e 25, que refletem uma recusa patológica a comidas de alto valor calórico e preocupação intensa com a forma física; (II) Escala de Bulimia e preocupação com os alimentos itens nº: 3,4,9,18,21,26, que referem-se a episódios de ingestão compulsiva dos alimentos, seguidos de vômitos e outros comportamentos para evitar ganho de peso; (III) Escala de controle com os itens nº: 2, 5,8,13,15,19,20, que demonstram o auto–controle em relação aos alimentos e reconhecem forças sociais no ambiente que estimulam a ingestão alimentar (BIGHETTI, 2003).

Por último, foi apresentado o cálculo do IMC, onde utilizou-se peso e altura dos indivíduos, obtido através da pesagem do usuário no momento da entrevista, com a utilização de uma balança digital. A altura foi aferida com a utilização de uma fita métrica inelástica devidamente fixada na parede da residência dos entrevistados. Posteriormente, o usuário foi posicionado de costas para a parede, com os pés descalços, paralelos e com o calcanhar encostado na parede, a cabeça nivelada e o olhar para o horizonte, foi aferida a altura e anotada no roteiro. Após o cálculo do IMC, os valores foram comparados com os parâmetros para obtenção do diagnóstico nutricional dos usuários entrevistados.

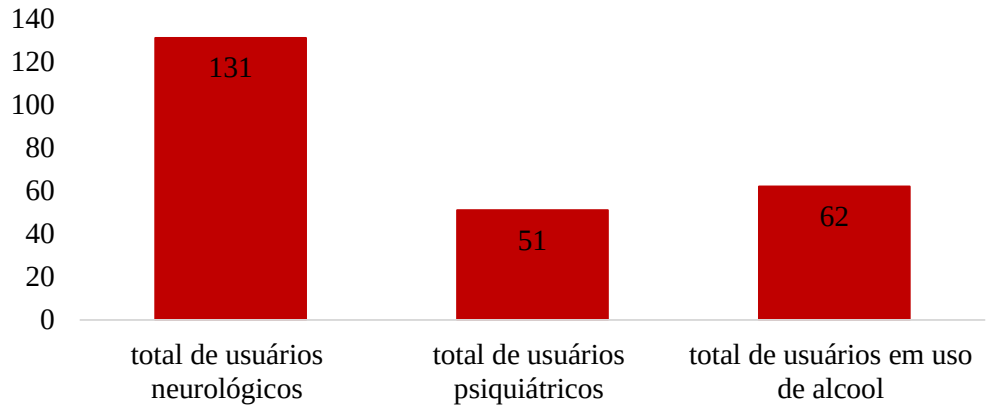
3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O referido estudo intitulado “Ocorrência de Transtornos Alimentares em usuários da Saúde Mental”, foi realizado no CSF da cidade de Sobral/CE, o qual possuía cerca de 240 usuários da saúde mental. De acordo com a gerência do CSF, estes eram divididos em diferentes categorias: pacientes psiquiátricos, neurológicos e aqueles que fazem uso de álcool, como pode ser observado no Gráfico 1. Esta classificação é realizada pelo próprio CSF.

No referido CSF existem dias específicos para o atendimento com o psiquiatra, o que ocorria uma vez ao mês, onde o mesmo atendia juntamente com a médica da unidade. Existia ainda o grupo de saúde mental e o matriciamento, que ocorriam também uma vez ao mês. O matriciamento não é disponibilizado para todos os usuários, há um número restrito de discussão de casos, que é realizado para os pacientes da saúde mental, onde os

critérios para sua realização poderiam ser, por exemplo, o usuário que não reside com familiares ou cuidador e necessita de um cuidado maior em relação a controle de medicação. O que não foi o padrão dos usuários entrevistados, pois nenhum dos usuários entrevistados passou pelo matriciamento.

Gráfico 1. Representação da quantidade de usuários da saúde mental do CSF e suas classificações



Fonte: elaborado pelo autor, 2020.

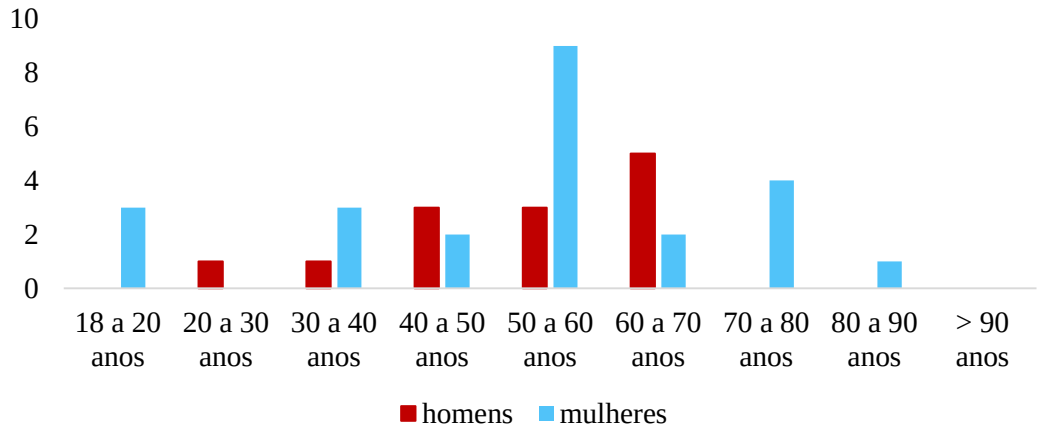
Segundo PEREIRA (2013), é preciso estudar saberes e práticas na atenção em saúde mental, com diversas ações reabilitadoras considerando as especificidades de cada um, em busca do desenvolvimento e valorização do indivíduo. Independente das demandas apontadas no gráfico acima, o sujeito deve ser acompanhado de forma integral por todos os profissionais, incluindo o nutricionista, pois o que é considerado na política de saúde não é o diagnóstico, mas a pessoa em sua singularidade.

Diante do número total de usuários, obtivemos acesso a 37 deles, sendo 25 usuários do sexo feminino e 12 do sexo masculino, estando distribuídos por idade segundo o Gráfico 2.

Podemos observar no Gráfico 2 que, em sua maioria, os usuários eram mulheres com idade entre 40 e 59 anos, não havendo usuário com idade inferior a 20 anos, 16% com idade entre 20 e 39 anos, 44% com idade entre 40 e 59 anos, 40% a partir de 60 anos. Os homens em sua maioria apresentaram idade de 40 a 59 anos, onde 25% com idade inferior a 20 anos, 8,33% com idade entre 20 e 39 anos, 50% com idade entre de 40 anos a 59 anos, 16,66% com idade entre 60 e 69 anos.

Assim, retrata uma população com um perfil predominantemente feminino e com uma diferença de idade maior entre si, onde a faixa etária feminina foi mais ampla, visto que foi de 27 a 87 anos e a masculina de 19 a 62 anos, podemos notar que a população masculina idosa não é tão presente nesse quadro.

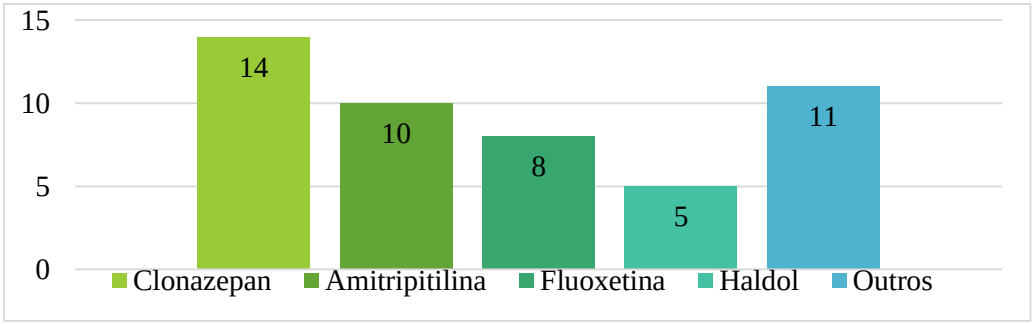
Gráfico 2. Representação do sexo e idade dos participantes, de acordo com a amostra utilizada



Fonte: elaborado pelo autor, 2020.

Todos os entrevistados faziam uso contínuo de algum tipo de medicamentos psicotrópicos, sendo os mais utilizados, Clonazepam, Amitriptilina, Fluoxetina e Haldol, como podemos observar no Gráfico 3. Sendo mais prevalentes nas mulheres, pois foi o maior público atendido pelo CSF e pesquisado.

Gráfico 3. Representação do tipo de medicação que os usuários fazem uso habitual, de acordo com a amostra utilizada



Fonte: elaborado pelo autor, 2020.

Este fato vai de encontro com a literatura encontrada, que demonstra, em pesquisas internacionais e nacionais, a alta prevalência de transtornos mentais em mulheres (SILVA & COSTA, 2012). Esse fato pode ser considerado se levarmos em conta que as mulheres procuram mais atendimento médico do que os homens, bem como mantém o tratamento por mais tempo, já os homens raramente procuram a unidade de saúde em busca de atendimento e muitas vezes abandonam o tratamento e não o concluem

Com base na literatura analisada, estudos mostram que os transtornos alimentares vêm tendo um aumento nas últimas décadas. Esse quadro costuma ter como fator desencadeante algum evento significativo como perdas, separações, mudanças, distúrbios da imagem corporal, depressão e ansiedade (FIATES & SALLES, 2001), como podemos observar no presente estudo uma grande incidência de pessoas com depressão e/ou ansiedade, onde 19 dos 37 participantes apresentam diagnóstico de depressão o que representa 51,35% e 4 dos 37 participantes com diagnóstico de ansiedade, o que representa 10,81%.

3.1 Recordatório Alimentar

De acordo com o questionário estruturado, obtive-se o recordatório alimentar habitual da maioria dos usuários da saúde mental em três de suas refeições, sendo elas o café da manhã, almoço e o lanche da tarde, como se pode observar na Tabela 1.

Tabela 1. Recordatório Alimentar

Café da Manhã	Almoço	Lanche da Tarde
Pão com manteiga ou biscoito + Café preto com açúcar; Ou não fazem essa refeição.	Arroz, macarrão, feijão e Frango ou peixe.	Pão com café preto com açúcar; Ou não realizam essa refeição.

Fonte: elaborado pelo autor, 2020.

Ao analisarmos o recordatório alimentar dos usuários participantes da pesquisa, podemos perceber a dificuldade do acesso a uma alimentação variada e rica em nutrientes, podemos observar que existe uma monotonia nas refeições dos usuários da saúde mental, a falta de vegetais, legumes e frutas na alimentação é visível, e de acordo com alguns

usuários, os mesmos consomem uma grande quantidade de alimentos ricos em carboidratos e lipídeo.

Em alguns dias os participantes realizavam apenas uma dessa refeições devido à falta de condições econômicas, como podemos perceber na análise do recordatório alimentar e nos discursos dos participantes, como sinalizados nas frases a seguir:

"(...) se tiver o que comer a gente come, se não tiver, o jeito é esperar até aparecer alguma coisa" (SIC). "(...) eu não sei o que acontece comigo, às vezes eu nem como e continuo engordando?!" (SIC).

Em relação ao consumo de frutas e verduras, os participantes em sua maioria relataram que dificilmente tem acesso a esses alimentos, e por isso, não tem o hábito de consumir, relatam: "A coisa mais difícil aqui em casa é a gente comer fruta, têm dinheiro pra isso não!" (SIC).

Desse modo, podemos notar uma relação conturbada com a alimentação, o que acaba promovendo um ganho excessivo de peso ou o contrário, uma perda ponderal de peso, tendo assim o aparecimento de transtornos alimentares, comprovando assim o que diz a literatura, que os transtornos alimentares estão diretamente ligados a fatores desencadeantes.

De acordo com BIGHETTI *et al*. (2006) os transtornos alimentares, como anorexia e bulimia, têm maior prevalência em pessoas entre 12 e 18 anos, sendo do sexo feminino, isso ocorre não somente nos países desenvolvidos, onde teriam características econômicas e socioculturais responsáveis por esses transtornos, mas também nos países de terceiro mundo.

Como mostra a pesquisa, o público que utiliza o serviço do CSF, é um público mais velho, com idade superior a 19 anos, bem como descrito nos critérios de inclusão da pesquisa, onde o público deveria ter idade superior a 18 anos, o que pode nos levar a crer que devido a isso não obtivemos acesso a nenhum caso de anorexia e bulimia, pois esses transtornos são mais presentes em pessoas com idade de 12 a 17 anos.

Outro ponto observado foi o fato de que em sua maioria os usuários possuem apenas uma renda mensal mínima oriunda do benefício que recebem do governo, o que poderia ser mais um fator para o não aparecimento de casos de anorexia e bulimia, pois, devido ao acesso restrito a uma variedade de alimentos e por muitas vezes não haver o acesso ao alimento em grandes quantidades, implicaria o não aparecimento destes quadros.

De modo geral os participantes da pesquisa são de classe econômica baixa, com nível mínimo de escolaridade e alguns usuários da saúde mental são leigos em relação a orientações nutricionais e todos relataram que não receberam nenhum tipo de orientação da nutricionista ou de qualquer outro profissional do referido CSF, referente à alimentação. Vale salientar que alguns usuários possuem Hipertensão Arterial (HAS) e Diabetes Mellitus (DM) descompensada, fazendo uso de medicações para controle dessas doenças, no entanto, sem nenhuma orientação sobre a alimentação perante esses quadros patológicos.

Seria de suma importância que houvesse algum tipo de orientação para esse público, com relação a alimentação adequada, para promover hábitos alimentares saudáveis dentro da realidade de cada indivíduo, com o propósito de prevenir e/ou controlar o aparecimento dessa doenças crônicas não transmissíveis, visto que todos que apresentam esses quadros têm histórico familiar de HAS, DM, Obesidade e Doenças Cardíacas.

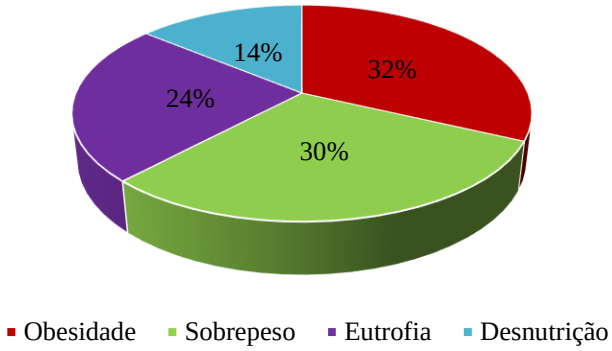
O nutricionista apresenta um papel fundamental neste caso, pois é função desta profissão, promover educação alimentar e nutricional que corrobora significativamente para redução e/ou controle de doenças crônicas não transmissíveis, através de uma alimentação adequada e o controle de ganho de peso, de acordo com a realidade de cada indivíduo, visando assim a promoção da saúde desses indivíduos.

3.1 Análise de Índice de Massa Corpórea

Através dos dados obtidos de peso e altura foi possível analisar o IMC dos participantes da pesquisa e dessa forma obter um diagnóstico nutricional como podemos observar no Gráfico 4.

Diante desses dados, podemos perceber que esses pacientes necessitam de um olhar mais amplo em relação a sua saúde. Há um número expressivo de usuários com sobrepeso e obesidade, sendo 62% da amostra, o que mostra a realidade dessa população que, sem ter a menor orientação de como deve ser sua alimentação, acabam comendo em excesso, até mesmo muitas vezes, por ter apenas uma refeição no dia, os usuários comem em grande quantidade para que possam conseguir passar o restante do dia e esperar até o dia seguinte para ter a próxima refeição.

Gráfico 4. Representação do IMC e do diagnóstico nutricional dos participantes, de acordo com a amostra utilizada sobre a Ocorrência de Transtornos Alimentares em usuários da Saúde Mental



Fonte: elaborado pelo autor, 2020.

Como relatado anteriormente, os participantes são pessoas simples, de pouca escolaridade, com renda mínima ou nenhuma renda financeira, o que acaba dificultando o acesso a uma alimentação de qualidade e em quantidade suficiente, e com a frequência adequada, que seria diariamente.

Diante dos dados obtidos e da observação da realidade dos participantes da pesquisa através das visitas domiciliares, pode-se perceber que em sua maioria os participantes, moram sozinhos, em residência própria, porém em condições precárias, sem saneamento básico. Em seus discursos era visível a revolta sobre o abandono familiar, pois muitos, sendo idosos, ficaram sozinhos e reclamavam da falta de atenção dos filhos em relação a saúde. Muitos relatavam que os filhos passavam de meses sem visitá-los.

Durante um pequeno diálogo com os participantes, pôde-se constatar que a maioria dos quadros, principalmente de depressão que foi o que teve mais prevalência, começou após o “abandono” dos filhos, a separação do marido ou a perda de algum ente querido. Dessa forma, com o surgimento dos transtornos emocionais e psicológicos, os participantes relatam que tiveram algum tipo de alteração em sua forma de se alimentar, algum comem em maior quantidade, enquanto outros tiveram uma perca de apetite e por consequência comem menos.

Ao analisar o TAA, referente aos distúrbios de bulimia e anorexia, não foi obtido nenhum dado relevante para indicar qualquer um desses distúrbios alimentares. Isso pode

ser explicado, como visto anteriormente, porque o público atendido pelo CSF, é um público mais adulto, visto que a bulimia e anorexia são distúrbios mais presentes em populações mais jovens, com idade de 12 a 17 anos, que não representavam o público-alvo desta pesquisa.

O resultado também pode estar relacionado à ingestão insuficiente de alimentos. Em geral, não há escolha do tipo de alimento a ser consumido para ser expurgado, como no caso da BN, dessa forma também não existe a preocupação com o ganho de peso como vemos na AN.

Todos esses dados mostraram a vulnerabilidade social desses indivíduos, que são enxergados apenas como usuários da saúde mental, mas que não tem um suporte psicológico, nutricional e social, que ajudaria a amenizar essa situação, pois todos esses fatores acabam influenciando e contribuindo para uma piora do quadro psicológico.

É preciso ressaltar na pesquisa que o profissional da nutrição não aparece nas falas dos participantes, pois não existe um acompanhamento nutricional para nenhum dos participantes dessa pesquisa. Muitos deles relataram que nem tinham conhecimento que no CSF havia nutricionista, "(...) Moça, eu nem sabia que no posto tinha nutricionista" (SIC). Isso indica que o atendimento multidisciplinar não está sendo realizado, desse modo, os usuários não estão sendo vistos como indivíduos que precisam de orientações correlacionadas a alimentação, principalmente se tratando de pessoas que possuem comorbidades que poderiam ser controladas como a HAS ou o Diabetes, além do principal transtorno encontrado aqui, a obesidade.

Diante disso, o profissional nutricionista tem papel fundamental para prevenir e/ou tratar de quadros patológicos que podem ser prevenidos ou controlados através da alimentação, visando a promoção da saúde. É preciso estar atento a condição nutricional das pessoas, independentemente de ser ou não usuários da saúde mental, pois a saúde deve ser vista na dimensão integral.

4. CONCLUSÃO

Os resultados encontrados nesse estudo são bastante expressivos. Devido à complexidade dos transtornos alimentares, podemos observar que existem vários fatores a serem levados em consideração para analisar e chegar a um consenso. Como observado nesta pesquisa, constatamos que há o desenvolvimento de obesidade, para chegar a esta

conclusão foram observados diversos fatores, não apenas o índice de massa corporal, mas as condições socioeconômicas e próprio hábito alimentar.

Através desse estudo podemos concluir que os usuários da saúde mental necessitam de um olhar mais amplo, em relação ao seu diagnóstico e sua realidade, para que dessa forma ele seja visto como um indivíduo que precisa de atenção não somente em relação ao seu diagnóstico psicológico, mas em relação a sua saúde por completo. Afinal esse indivíduo possui outras questões tão importantes quanto o seu diagnóstico da saúde mental.

Como podemos observar no discurso dos usuários, quando relataram que não tinham conhecimento de que havia nutricionista no CSF ou que receberam qualquer orientação do nutricionista em relação à forma correta de se alimentar, mesmo os usuários que já apresentam quadro de hipertensão artéria / ou diabetes e que estão visivelmente obesos ou com sobrepeso, o que seria um fator importante para o desenvolvimento de doenças cardíacas ou mesmo para um AVC, o que agravaria todo o senário o qual esse usuário encontra-se inserido.

Dessa forma, com esse olhar mais amplo, poderia ser realizada intervenção, de forma a ajudar a melhorar esse quadro que pode ser consequência de uma vida social e econômica precárias, onde o simples ato de escutar o indivíduo, analisar sua situação como um todo e intervir de maneira correta poderia de alguma forma melhorar o seu quadro ou evitar e/ou controlar um quadro de hipertensão, diabetes e etc.

Portanto, é fundamental que os usuários da saúde mental sejam continuamente estudados para que ocorra o aprofundamento sobre o tema, suas causas, e qual a melhor forma de intervir para ajudar a melhorar a vida desses usuários

5. REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. Saúde mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

BARLOW, D.H. & Durand, V.M. Psicopatologia: Uma abordagem integrada. São Paulo: Cengage Learning, 2008.

BEZERRA JUNIOR, B. Desafios da Reforma Psiquiátrica no Brasil**.** Revista Saúde Coletiva, v. 17, p. 243, 2007

BIGHETTI, F. *et.al*. Grupo de Orientação clínico- nutricional a familiares de portadores de transtornos alimentares: uma experiência ¨GRATA¨. Ribeirão Preto - SP**.** 2006

BIGHETTI, F. Tradução e validação *do eating attitudes test* (EAT - 26) em adolescentes do sexo feminino na cidade de Ribeirão Preto - SP**.** 2003. 101 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Enfermagem, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003. Disponível em:<https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwiVg9v89erQAhWClJAKHbyWAPUQFggiMAE&url=http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde12042004234230/publico/tese.pdf&usg=AFQjCNGm9I0WdmdRZRgw1fyZPlRFUTMA4w&sig2=D07A6dJPbDR48ggvuUjoA>. Acesso em: 10 mar. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). Saúde Mental em dados-12. Informativo eletrônico v. 5, n. 9, 2012.

DIMENSTEIN, M. *et al*. O apoio matricial em unidades de saúde da família: experimentando inovações em saúde mental. Saúde e Sociedade, v. 8, p. 63, 2009.

FIATES, G.M, *et.al*. Fatores de risco para o desenvolvimento de distúrbios alimentares: um estudo em universitários. Revista de Nutrição, v. 14, p. 3, 2001.

GERVAS, J. & FERNANDEZ, P.M. Uma atenção primaria forte no Brasil. Relatório sobre como fortalecer os acertos e corrigir as fragilidades da estratégia de saúde da família. Disponível em: www.sbmfc.org.br/media/file/documentos/relatoriofinal_portugues.pdf. Acesso em: 11 mai. 2018.

GONZALEZ, G.A.L. *et al*. As vivências de um grupo de pacientes com transtornos alimentares: a relação com o espelho e a imagem corporal. Revista Subjetividades, v. 14, p. 383, 2014.

GOULART, M.S.B. A construção da mudança nas Instituições Sociais: A reforma psiquiátrica. Pesquisas e Práticas psicossociais, v. 1, p. 1, 2016.

MAGALHÃES, P. Comportamento alimentar, estado nutricional e imagem corporal de estudantes de nutrição: aspectos psicossociais e percurso pedagógico. 2011. 163 f. Tese (Doutorado) - Curso de Curso de Pós-graduação em Alimentos e Nutrição, Área de Ciências Nutricionais, Universidade Estadual Paulista Faculdade de Ciências Farmacêuticas, Araraquara - SP, 2011. Disponível em: <http://repositorio.unesp.br/handle/11449/100970>. Acesso em: 01 abr. 2018.

MENÉDEZ, T.B. Câncer de mama e imagem corporal: Uma busca através da dança do ventre. Trabalho de Conclusão de Curso, Fisioterapia. Universidade São Marcos, São Paulo, 2007. Recuperado de http://br.monografias.com/trabalhos3/cancer-mamaimagem-corporal/cancer-mama-imagem-corporal.shtml>. Acesso em: 10 mai. 2019.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva. Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental. Brasilia, 2011. Disponível em:< https://www.researchgate.net/publication/216754088_Guia_Pratico_de_Matriciamento_em_Saude_Mental> Acesso em: 27 jun. 2019.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria n. 154 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. Diário Oficial da União. Brasília, 2008. <Http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html>. Acesso em: 27 jun. 2019.

NUNES, M. *et al.* Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária. Caderdos de Saúde Pública, v. 23, p. 2375, 2007.

OLIVEIRA C.E.A. *et al.* Qualidade de vida de pacientes com anorexia e bulimia nervosa. Demetra: Alimentação, Nutrição & Saúde. v. 9, p. 330. 2014.

PEREIRA, E.D. Assistência à Saúde Mental na atenção primária á saúde. Porto Alegre, 2013.

PERES, R.S. & SANTOS, M.A. Contribuições do Desenho da Figura Humana para avaliação da imagem corporal na anorexia nervosa. Medicina, v. 39, p. 361, 2006.

PHILIPPI, S.T. *et al* (Org.). Pirâmide dos alimentos: fundamentos básicos da nutrição. 2. ed. Barueri- Sp: Manole, 2014.

SILVA, G.A. & LANGE, E.S.N. Imagem corporal: A percepção do conceito em indivíduos obesos de sexo feminino**.** Psicologia Argumentativa, v. 28, p. 43. 2010.

SILVA, J.D. *et al*. Influência do estado nutricional no risco para transtornos alimentares em estudantes de nutrição. Ciência & Saúde Coletiva, v. 17, p. 3399 .2012.

WAIDMAN, M.A.P. & ELSEN, I. O cuidado interdisciplinar à família do portador de Transtorno mental no paradigma da desinstitucionalização. Texto Contexto - Enfermagem. v. 14, p. 341, 2005.

Capítulo 19

BIOÉTICA NA ATENÇÃO BÁSICA: PROBLEMAS VIVENCIADOS PELOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE NO BRASIL

Willams A Da Costa[1], Cintia R S Pimentel[1], Karla M De Matos[1], Nisiane Dos Santos[1], Jôina Da S Lima[2], Rafael M Fontenele[3]

[1] Discente de Enfermagem, Faculdade IESF, Paço do Lumiar/MA.
[2] Especialista em Urgência e Emergência, Faculdade Laboro, São Luís/MA.
[3] Mestre em Gestão de Programas e Serviços de Saúde, UniCEUMA, São Luís/MA.

Palavras-chave: *Bioética; enfermagem; bioética e atenção primária a saúde.*

1. INTRODUÇÃO

A Atenção Primária a Saúde (APS) é considerada a principal forma de acesso das pessoas ao sistema de saúde, estando diretamente relacionada a uma distribuição mais equitativa da saúde entre populações. No Brasil, desde a implantação do Sistema único de Saúde (SUS) avanços consistentes foram feitos em direção à cobertura universal em saúde, especialmente após o estabelecimento da Estratégia Saúde da Família (ESF) como política nacional para implantação da APS (TASCA *et al*., 2020).

A APS ou Atenção Básica (AB) são termos equivalentes para definir o nível de atenção à saúde responsável por ações no âmbito individual e coletivo que envolve a prevenção, a promoção, a proteção, o diagnóstico, o tratamento, a redução de danos, a reabilitação, os 3 cuidados paliativos e a vigilância em saúde, que devem ser desenvolvidos por meio de assistência integrada à rede de cuidados em saúde (OLIVEIRA, 2018).

Apesar de a saúde pública não se restringir apenas a AB, os serviços desse ponto da rede, organizados segundo a lógica do território, representam o lugar privilegiado de comprovação da efetivação das políticas públicas sanitaristas. Por isso, o foco se desloca do indivíduo para o coletivo, cabendo conhecer e problematizar as questões éticas que os profissionais da atenção primária enfrentam (JUNGES *et al.,* 2018).

Assim, o trabalho realizado na APS possui particularidades em termos das relações bioéticas estabelecidas neste nível de atenção à saúde, onde a proximidade da equipe multiprofissional ao ambiente familiar propicia um contato mais próximo com o usuário (BRISTOT *et al.*, 2017).

Muitas vezes, devido suas peculiaridades, os aspectos éticos na atenção primária podem não ser percebidos, implicando no comprometimento dos seus objetivos, exigindo dos profissionais uma prática pautada por humanização, cuidado e cidadania. Por isso, reflexões sobre conflitos bioéticos no ambiente hospitalar e nos demais níveis de atenção não são suficientes para o debate dos conflitos vividos na atenção primária, onde não há o acúmulo de densidade tecnológica, tornando-se necessário o aprofundamento maior em relação aos estudos da bioética na APS (OLIVEIRA, 2018).

Diante desse contexto, tornam-se imprescindíveis o delineamento dos problemas bioéticos que são vivenciados pelos profissionais de saúde na AB através de novos referenciais teóricos, de modo a permitir a construção de ferramentas para identificação, problematização e, se possível, resolução dos dilemas éticos que emergem no cotidiano desses trabalhadores, contribuindo assim, para o sucesso da APS e do SUS.

O objetivo desta pesquisa foi identificar os problemas bioéticos vivenciados pelos profissionais da saúde na AB no território brasileiro.

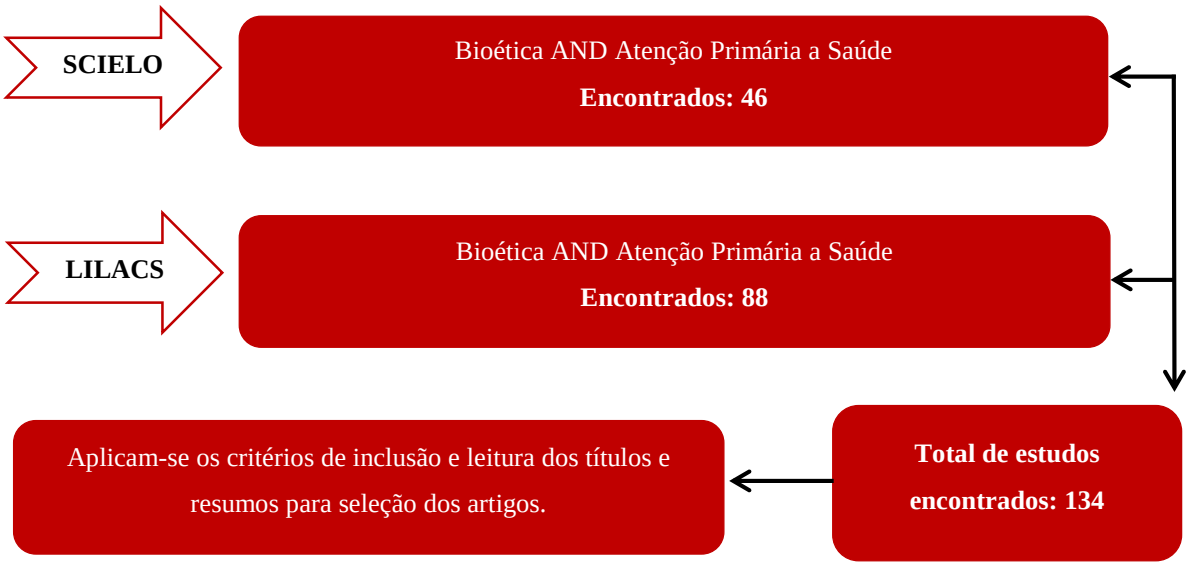
2. MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, guiada pela seguinte pergunta norteadora: “Quais os desafios enfrentados pelos profissionais da saúde na atenção básica?”. A pesquisa foi realizada por meio das bases de dados: *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO) e a Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS).

A coleta de dados foi realizada simultaneamente pelos pesquisadores para reduzir a ocorrência de vieses na pesquisa. Os dados foram extraídos por meio de um *checklist* elaborado pelos autores com o objetivo de facilitar a síntese de trechos que respondiam à pergunta problema e o alcance dos objetivos a que se propôs a presente pesquisa.

A busca dos artigos ocorreu através da combinação dos seguintes descritores extraídos do DeCS (Descritores em Ciências da Saúde): Bioética e Atenção Primária a Saúde, associando-os ao booleano “AND”, onde foram identificados 134 estudos, conforme mostra a Figura 1.

Figura 1. Fluxo de combinações de descritores e total de estudos encontrados nas bases de dados



Fonte: elaborado pelo autor, 2020.

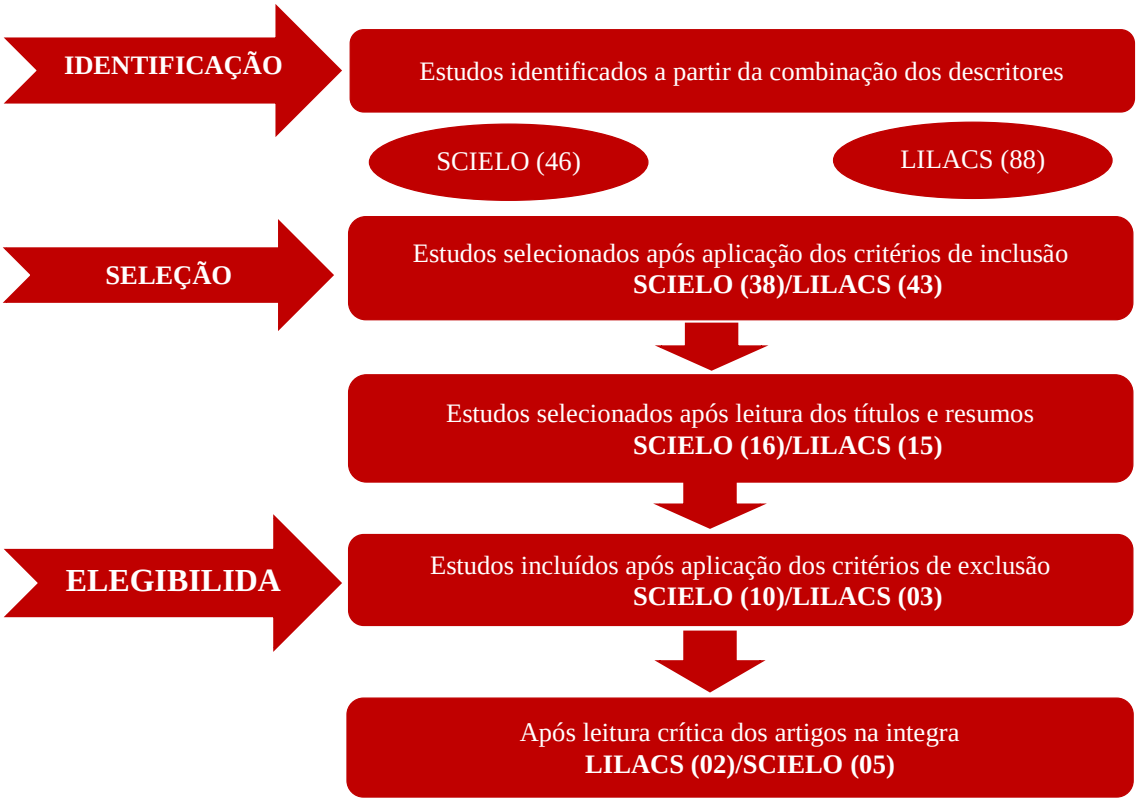
Foram incluídos estudos disponíveis na íntegra com texto completo e acesso gratuito publicados no período de 2010 a 2019 (Figura 2). Após a aplicação de critérios de inclusão e exclusão, a amostra ficou com um total de 81 estudos.

Na etapa seguinte, realizou-se a leitura dos títulos e resumos dos estudos e aqueles que poderiam contribuir com a pesquisa foram denominados de selecionados, que resultou em 31 estudos.

O total de 31 estudos foi lido na íntegra, mediante a utilização do *checklist* de autoria dos próprios pesquisadores para a organização e categorização de dados dos estudos científicos que respondiam ao problema de pesquisa.

Na etapa de elegibilidade, foram aplicados os seguintes critérios de exclusão: estudos de revisão da literatura, artigos duplicados, dissertações de mestrado e teses de doutorado, onde restaram 13 estudos para leitura crítica na integra. Após a leitura dos artigos, a amostra definitiva foi de 07 artigos conforme Figura 2.

Figura 2. Fluxograma de elegibilidade dos estudos que compuseram o *corpus* da revisão integrativa da literatura



Fonte: elaborado pelo autor, 2020.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1. Caracterização da Amostra

Após a extração de dados dos estudos incluídos pelo critério de elegibilidade, a amostra final foi de sete artigos científicos que compõem o *corpus* desta revisão integrativa (Quadro 1).

Quadro 1. Identificação dos artigos selecionados para compor a pesquisa de acordo com o título, autoria, ano de publicação, base de dados e objetivo dos estudos

N°	TÍTULO	AUTORIA/ ANO	BASE DE DADOS	OBJETIVO
E1	Construção e validação do instrumento "Inventário de problemas éticos na atenção primária em saúde"	JUNGES *et al*., 2014	LILACS	Verificar a validade de construto e consistência interna do "Inventário de problemas éticos na atenção primária em saúde"
E2	Capacitação em bioética para profissionais da Saúde da Família do município de Santo André, SP	ZOBOLI & SOARES, 2012	LILACS	Apresentar o procedimento da deliberação para subsidiar o manejo de problemas éticos
E3	Problemas éticos e justiça social na Estratégia Saúde da Família	RIBEIRO & CASOTTI, 2017	SCIELO	Identificar problemas éticos na perspectiva de membros de equipes da Estratégia Saúde da Família de capitais brasileiras, relacionando-os ao campo teórico da justiça social
E4	Problemas e conflitos bioéticos da prática em equipe da Estratégia Saúde da Família	MARIN & RIBEIRO, 2018	SCIELO	Analisar a gênese e expressão de problemas e conflitos éticos que emergem durante o trabalho de uma equipe da Estratégia Saúde da Família
E5	(Bio)ética e Atenção Primária à Saúde: estudo preliminar nas Clínicas da Família no município do Rio de Janeiro, Brasil	SIMAS *et al*., 2016	SCIELO	Descrever os principais problemas (bio)éticos identificados por profissionais que compõe a APS/ESF na cidade do Rio de Janeiro
E6	A Bioética e o Trabalho na Estratégia Saúde da Família: uma Proposta de Educação	VIDAL *et al*., 2014	SCIELO	Apresentar uma proposta de oficina de formação bioética para os profissionais da ESF
E7	(Bio)ética e Estratégia Saúde da Família: mapeando problemas	BATISTA *et al.*, 2015	SCIELO	Abordar os principais problemas (bio)éticos identificados pelos trabalhadores da ESF da cidade de Viçosa, município de médio porte da Zona da Mata de Minas Gerais

Fonte: elaborado pelo autor, 2020.

Após a análise de conteúdo temático, os resultados foram divididos e serão apresentados em três categorias, que são: problemas bioéticos relacionados aos conflitos entre os profissionais de saúde, problemas bioéticos relacionados a relação entre os profissionais da saúde e os usuários e a capacitação dos profissionais das ESF em bioética.

3.2. Problemas bioéticos relacionados aos conflitos entre profissionais de saúde

O processo de trabalho em saúde acarreta uma sobrecarga e tensão entre os membros de uma equipe, isso pode gerar conflitos que por sua vez influenciam negativamente em uma prestação de serviço de qualidade. Dentre os fatores geradores de conflitos, se pode citar uma maior carga de trabalho em membros específicos da equipe, criando um clima desfavorável à boa convivência entre os profissionais da equipe dificultando também a delimitação das tarefas dentro da unidade de saúde (RIBEIRO *et al.*, 2017).

Visto isso, se não for possível uma boa relação interpessoal entre os membros de um grupo, a colaboração em equipe não acontece, favorecendo a falta de hierarquização, fazendo com que os membros realizem seus trabalhos de forma desordenada e que suas atividades profissionais se tornem um instrumento para satisfazer interesses pessoais e egoístas, se desfazendo dos seus compromissos morais e sociais. Isso pode contribuir para que os funcionários se sintam no direito de não respeitar as normas da unidade, adotando atitudes como atrasos sem justificativa, a inferiorizarão dos demais funcionários e o desleixo na realização de suas atividades (MARIN & RIBEIRO, 2018).

Assim são evidenciados obstáculos para uma boa relação, que dentre eles estão a falta de companheirismo, o desrespeito, a falta de colaboração, dificuldade em delimitar papeis e funções entre os membros da equipe. Isso compromete a integralidade do cuidado, se fazendo necessária uma mudança nas relações de trabalho, para que haja harmonia nas relações do trabalho em equipe. Para isso é necessário que a unidade tenha uma boa gestão, pois existe uma inter-relação entre o trabalho desenvolvido pela equipe de saúde e a gestão, onde a gestão é responsável por coordenar as ações, assim como estabelecer as metas, cuidar dos recursos materiais e estruturais e oferecer condições dignas para desenvolvimento das atividades. Destacando-se seu papel responsável pela integração intersetorial, influenciando diretamente no desempenho das equipes (SIMAS *et al.*, 2016).

3.3. Problemas bioéticos relacionados à relação entre os profissionais da saúde e os usuários

O ensino da bioética é necessário nos cursos de graduação da área da saúde, especialmente para aqueles profissionais que irão atuar na atenção primária, na medida em que nesse nível é previsto que esses profissionais resolvam cerca de 80% dos problemas. Para isso, é necessário que os mesmos possuam conhecimento para melhor lidar com as situações de conflito (BATISTA *et al.*, 2015).

Um dos causadores de problemas bioéticos entre os profissionais de saúde e os usuários se dá pelas condições de pobreza nas áreas cobertas pelas ESF, pois isso traz contextos complexos para os profissionais, que terão o desafio de se articular com outros setores e políticas públicas, no sentido de desenvolver ações que possam influenciar nos determinantes sociais para pode promover o cuidado.

Devido à grande complexidade dessas famílias geralmente são precisos mais serviços do que as ESF podem oferecer. Essa fragmentação do cuidado gera problemas bioéticos em decorrência do limite da sua atuação, não podendo oferecer todos os recursos necessários para que o usuário tenha um atendimento continuado. Desta forma a falta da integração da ESF com a rede assistencial e os serviços especializados acaba por deixar os usuários frustrados, com a sensação de que os profissionais não estão realizando seu trabalho da forma que deveriam (RIBEIRO & COSOTTI, 2017).

Outro problema bioético entre os profissionais e os usuários está relacionado a falta de privacidade e sigilo, pois a casa dos usuários acaba por se tornar uma extensão do consultório, tornando a relação médico-paciente coletiva. A privacidade é um princípio derivado da autonomia, que precisa ser respeitado. Quando se trata de uma equipe multiprofissional o compartilhamento de informações se torna inevitável para uma prestação de serviços de qualidade, entretanto as informações devem se limitar apenas às necessárias para que cada um possa desenvolver suas atividades em benefício ao usuário (JUNGES *et al.*, 2014).

Também podemos citar a falta de humanização e acolhimento na ESF como causadores de problemas, a humanização se articula ao conceito de clinica ampliado, com compromisso do profissional com o usuário e a comunidade, assim como responsabiliza todos os envolvidos na relação do cuidado. Estabelecendo que o diálogo e o acolhimento estão interligados a uma assistência integral, o estabelecimento de vínculos nas ESF pressupõe uma boa relação entre os profissionais de saúde e os usuários, remetendo assim

à bioética, que só será possível em decorrência do compromisso dos profissionais de saúde (SIMAS *et al.*, 2016).

O cuidado faz parte de toda a ética e se relaciona com o compromisso de cuidar, não só de si, mas também do outro, desta forma muitos profissionais sabem o que devem fazer, porém não assumem um compromisso em realizar o trabalho e produzir o cuidado. A falta de compromisso acaba por prejudicar o profissional e o paciente. Desta forma, assumir uma responsabilidade com o usuário não é só uma norma interna da instituição, pois também é uma auto obrigação que deve ser reconhecida pela consciência. Assim a falta de comprometimento bioético dos profissionais com os usuários compromete não só a dimensão moral do trabalho como também a produção do cuidado, evidenciando a importância da relação entre os usuários e os profissionais, fundada nos preceitos da bioética para um bom desenvolvimento das atividades (MARIN & RIBEIRO, 2018).

3.3. A capacitação dos profissionais das ESF em bioética

Pra iniciar a capacitação dos profissionais das ESF é necessário primeiramente conhecer os problemas mais frequentes encontrados na unidade, fazendo uma pesquisa de como os profissionais lidam com os problemas bioéticos que aparecem no cotidiano, para avaliar o nível de compreensão dos mesmos na pratica assistencial e melhor abordar um pressuposto pedagógico e método de aprendizagem. Capacitar profissionais que já trabalham na área não é uma tarefa fácil, em decorrência dos paradigmas já existentes na prática assistencial. Portanto, é preciso adotar uma abordagem de aprendizado de acordo com o perfil dos profissionais da unidade (VIDAL *et al.*, 2014).

A educação bioética permanente dos profissionais de saúde é importante para uma assistência de qualidade. Que abrange aspectos técnicos e científicos de habilidades nos procedimentos, atualização dos protocolos, as melhores evidências e a dimensão ética. Sem isso não é possível uma boa assistência à saúde, a relação entre os profissionais de saúde e os usuários é necessária para formação de vínculos e o estabelecimento de uma relação interpessoal para o cuidado, e para uma boa relação é preciso incorporar a responsabilidade e o compromisso com a ética. A educação bioética deixa os profissionais de saúde mais seguros para lidarem com situações de conflitos morais, pois assim compreendem que para solucionar um problema ético é necessário analisar a situação a partir de pontos específicos. Isso torna a bioética inalienável a pratica clínica (ZOBOLI & SOARES, 2012).

4. CONCLUSÃO

Diante do presente estudo fica evidente a importância de discutir questões bioéticas dentro das ESF para resolução de problemas tanto entre membros da equipe, quanto entre profissionais e usuários, evitando que tais problemas possam comprometer a prestação de um serviço de qualidade. A resolução dos mesmos deve ocorrer de forma conjunta e guiada pelo gerente da unidade, buscando a origem dos desentendimentos, de modo que os princípios éticos e bioéticos sejam respeitados.

Assim concluímos que os profissionais das ESF devem estar capacitados para exercer suas funções de forma ética, a fim de ter a capacidade de lidar com problemas da melhor forma, sem comprometer o seu trabalho e o direito do usuário de um atendimento de qualidade. Porém mesmo com a relevância do assunto ainda existem poucos investimentos em estudos que investiguem a bioética nas ESF, mostrando que há uma falha em reconhecer a complexidade dos problemas, que por sua vez comprometem o funcionamento da base da pirâmide do SUS.

Espera-se que este estudo contribua de forma positiva, incentivando a capacitação dos profissionais das ESF e estimule o interesse para pesquisas em relação ao tema.

5. REFERÊNCIAS

BATISTA, R.S. *et al.* (Bio)ética e Estratégia Saúde da Família: mapeando problemas. Saúde e Sociedade, v. 24, p. 113, 2015.

BRISTOT, R.B. *et al.* Conflitos éticos da equipe de enfermagem no processo de trabalho na atenção básica. Enfermagem Brasil, v. 16, p. 11, 2017.

JUNGES, J.R. *et al.* Vulneração programática como categoria explicativa dos problemas éticos na atenção primária à saúde. Trabalho, Educação e Saúde, v. 16, p. 935, 2018.

JUNGES, J.R. *et al.* Construção e validação do instrumento "Inventário de problemas éticos na atenção primária em saúde". Revista Bioética. v. 22, p. 309, 2014.

MARIN, J. & RIBEIRO, C.D.M. Problemas e conflitos bioéticos da prática em equipe da Estratégia Saúde da Família. Revista Bioética, v. 26, 2018.

OLIVEIRA, T. S. Bioética e Atenção Primária à Saúde em um Município da Zona da Mata Mineira: mapeamento dos conflitos na perspectiva dos profissionais da saúde. Orientador: Luiz Alberto Santana. 2018. 70 p. Monografia (Pós-graduação em ciências da saúde) - Universidade Federal de Viçosa, Viçosa - MG, 2018. Disponível em: https://www.locus.ufv.br/bitstream/handle/123456789/22112/texto%20completo.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 23 abr. 2020.

RIBEIRO, C.D.M. *et al*. Problemas éticos e justiça social na Estratégia Saúde da Família. Rev. Bioét., v. 25, p. 348, 2017.

SIMAS, K.B.F. *et al.* (Bio)ética e Atenção Primária à Saúde: estudo preliminar nas Clínicas da Família no município do Rio de Janeiro, Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, v. 21, p. 1481, 2016.

TASCA, R.M.A. *et al.* Recomendações para o fortalecimento da atenção primária à saúde no Brasil. Revista Panamericana Salud Publica, v. 44, e4, 2020.

VIDAL, S.V. *et al.* A bioética e o trabalho na estratégia Saúde da Família: uma proposta de educação. Revista Brasileira de Educação Médica, v. 38, p. 372, 2014.

ZOBOLI, E.L.C.P. & SOARES, F.A.C. Capacitação em bioética para profissionais da Saúde da Família do município de Santo André, SP. Revista da Escola Enfermagem, v. 46, p. 1248, 2012.

Capítulo 20

ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DA SÍFILIS CONGÊNITA EM UMA MATERNIDADE DE REFERÊNCIA ESTADUAL

Ravena De S A Ferreira[1], Maria E M O Da Rocha[2], Amanda K M Resende[1]

[1] Graduada em Enfermagem (UESPI). Residente em Enfermagem Obstétrica (UFPI), Teresina/PI.
[2]Graduada em Enfermagem (UFC). Doutoranda em Saúde, Ambiente e Sociedade (FIOCRUZ). Mestre em Enfermagem (UFPI). Especialista em Enfermagem Materno-Infantil (UFPI). Especialista em Saúde Pública (UNAERP), Teresina/PI.

Palavras-chave: *Sífilis congênita; sífilis; cuidado pré-natal.*

1. INTRODUÇÃO

A sífilis é um problema para a saúde pública, sendo considerada doença de notificação compulsória desde 2005. Apesar de ser curável, persiste o elevado número de casos no Brasil. É causada por uma bactéria, a *Treponema pallidum*, pode atingir a gestante e o concepto, sendo nesse caso denominada de sífilis congênita (BRASIL, 2019a; MOREIRA, *et al*., 2017).

Nas mulheres pode ser transmitida por via sexual e também por via vertical, principalmente no primeiro ano de infecção, na fase primária ou secundária, chegando entre 70-100%. Durante a gestação é mais frequente intra-útero, ou até mesmo no momento do parto, pela passagem do feto no canal vaginal quando existem lesões ativas. As consequências da sífilis congênita são graves: aborto, feto natimorto, parto prematuro, manifestações congênitas que podem ser precoces ou tardias e até a morte neonatal (BRASIL, 2019a). No Brasil em 2018, os casos de sífilis em gestantes foram de 21,4 casos/1.000 nascidos, com elevação de 25,7% em comparação com o ano anterior e o Nordeste estão entre as regiões com maior número de detecção.

Há um cenário de elevação dos casos de sífilis congênita no Brasil nos últimos dez anos. Em 2008, correspondia a 2,0 caso/1.000 nascidos vivos e, em 2018, alcançou 9,0 casos/1.000 nascidos vivos (BRASIL, 2019b).

Uma importante forma de prevenção para sífilis congênita é a captação das mulheres desde o pré-natal, para possibilitar o acesso ao tratamento oportuno. Nos estudos de Moreira *et al.* (2017), este demonstrou que 60,10% das gestantes nas consultas de pré-natal foram diagnosticadas com sífilis gestacional e o tratamento foi realizado de maneira adequada apenas em 18,69% dos casos. O tratamento com penicilina apesar de descoberto desde 1943, ainda há falhas no acesso e na obtenção da cura (ROS-VIVANCOS *et al.*, 2018).

Muitos fatores são associados ao cenário brasileiro, em especial devido as baixas condições socioeconômicas, menor escolaridade, início tardio do pré-natal, o que dificulta a realização de exames diagnósticos e tratamento. Assim, predispõe a maior incidência de internação hospitalar do materna e neonatal, com elevados custos ao sistema de saúde (DOMINGUES & LEAL, 2016).

Diante do exposto, o presente trabalho apresenta como objetivo analisar os dados epidemiológicos da sífilis congênita (SC) em recém-nascidos de uma maternidade de referência do Estado do Piauí, no ano de 2016.

2. MÉTODO

Estudo transversal, descritivo, de abordagem quantitativa, desenvolvido em uma maternidade-escola de referência Estadual, situada em Teresina- PI. A população foi composta por todos os recém-nascidos registrados com sífilis congênita no ano de 2016.

Os critérios de inclusão para a amostra foram: as crianças com fichas de notificação de SC e sífilis gestacional (mãe correspondente a cada recém-nascido (RN)/criança com sífilis congênita) catalogadas no Núcleo Hospitalar de Epidemiologia da maternidade em questão. Os critérios de exclusão foram as fichas de notificação com preenchimento incompleto ou fichas que correspondiam apenas a sífilis gestacional. Referentes ao ano de 2016 foram encontradas 284 fichas de notificação, destas, foram excluídas 58 fichas (15 estavam incompletas e 42 correspondiam apenas a sífilis gestacional), restando 226 fichas que foram objeto da pesquisa. Das 226 fichas, neste estudo, foram considerados 152 casos de SC, que apresentaram resultado positivo no teste não-treponêmico do sangue periférico.

Os dados foram coletados, por meio de um instrumento próprio que continha questões semi-estruturadas e que tiveram como referência os objetivos do estudo. Após a coleta, os dados foram digitalizados por meio da planilha do Microsoft Office Excel e

exportados para o programa SPSS®, versão 21.0 para Windows®, no qual foram processados e analisados. Foi realizada a análise descritiva dos dados, apresentando valores absolutos e porcentagens, média e desvio padrão. O Teste Qui-quadrado de Pearson e Teste Exato de Fisher foram realizados para avaliar a associação variável dependente e independente. Realizou-se regressão simples de Poisson para avaliar a razão de prevalência (RP) entre sífilis congênita e variáveis associadas a mãe e o parceiro. Considerou-se significativo valor de $p < 0,05$.

A pesquisa foi aprovada com CAAE nº 67028117.8.0000.5209. A coleta de dados foi realizada de acordo com os princípios éticos da pesquisa com seres humanos seguindo as normas da Resolução do Conselho Nacional de Saúde 466/2012. Os pesquisadores utilizaram o Termo de Compromisso de Utilização de Dados (TCUD), para ter acesso aos documentos guardados em conformidade com a Resolução 466/2012, que respeita o anonimato e a confidencialidade dos dados.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A Tabela 1 representa o perfil clínico e epidemiológico das crianças com sífilis congênita. Dos 152 casos positivos, o resultado deste estudo mostrou que, em relação à evolução dos casos, 149 (98%), das crianças nasceram vivas, corroborando ao resultado encontrado por Gonçalves *et al.* (2011). Enquanto, que 2 (1,3%) evoluíram para óbito por sífilis congênita e 1 (0,7%) natimorto. A ausência de sintomas esteve presente em 137 (90,1%) dos casos. Dentre a minoria sintomática, prevaleceu icterícia, hepatoesplenomegalia e esplenomegalia semelhante à realidade identificada em estudos de outros países, como na pesquisa de Robles (2013) desenvolvido em Lima, Perú, onde a ocorrência de hepatoesplenomegalia correspondeu a 32,15% e de icterícia 14,30%.

Em outro estudo também predominou assintomáticos em (69%) dos casos. Enquanto que alterações dos ossos longos, pseudoartrose, esplenomegalia ou osteocondrite não foram identificados. Destaca-se a importância da investigação dos referidos fatores, a fim de realizar diagnóstico e tratamento, quando presentes, o mais precocemente possível (MOREIRA, 2019).

Quanto aos exames não realizados, destacou-se, o teste não-treponêmico no líquor (48,7%). Resultado semelhante foi encontrado por Nonato *et al*. (2015) e Cavalcante *et al*. (2017), nesta última pesquisa, o percentual correspondeu a 33,3 % dos casos. Neste contexto, ressalta-se que a realização do teste não-treponêmico no pré-natal faz parte dos

componentes coordenados pela atenção básica na Rede Cegonha, ou seja, realização dos exames de pré-natal de risco habitual e acesso aos resultados em tempo oportuno (BAGATINI *et al*., 2016). Os testes têm um importante significado no controle da sífilis, mas vale destacar que é necessário, além do diagnóstico laboratorial, uma abordagem interdisciplinar sindrômica das lesões ulceradas com o tratamento simultâneo para a sífilis (FARIAS &MEDEIROS, 2019).

Tabela 1. Perfil clínico e epidemiológico das crianças com sífilis congênita

Presença de sinais e sintomas		
Icterícia	9	5,9
Esplenomegalia	1	0,7
Hepatoesplenomegalia	2	1,3
Lesões cutâneas	2	1,3
Outros	1	0,7
Assintomático	137	90,1
Evolução do caso RN Natimorto		
Vivo	149	98,00
Óbito por sífilis congênita	2	1,3
Natimorto	1	0,7
Alterações no Diagnóstico radiológico		
Sim	4	2,6
Não/ Não realizado/ Ignorado	148	97,4
Teste não-treponêmico do líquor		
Reagente	0,1	0,7
Teste não-treponêmico do líquor		
Não reagente	54	35,5
Não realizado	74	48,7
Ignorado	21	13,8
Sem informação	2	1,3
Titulação ascendente		
Sim	1	0,7
Não	48	31,6
Não realizado	70	46,1
Ignorado	30	19,7
Sem informação	3	2
Alteração liquórica		
Sim	2	1,3
Não	58	38,2
Não realizado	60	39,5
Ignorado	28	18,4
Sem informação	4	2,6
Tratamento do RN		
Penicilina G Cristalina 100000 a 150000 UI	24	15,8
Penicilina G Procaína 50000 UI	13	8,6
Penicilina G Benzatina 50000 UI	2	1,3
Despacilina 400.000 UI	106	69,7
Não realizado	7	4,6

Fonte: Núcleo de epidemiologia da maternidade campo do estudo, 2017.

Quanto ao tratamento, a maioria dos casos 106 (69,7%) foi feito com o esquema (despacilina 400.000 UI), enquanto que no estudo de Robles (2013), 46,40% dos casos foi tratado com Penicilina G Sódica.

Quanto à realização do pré-natal das 152 mães de crianças com sífilis congênita deste estudo, verificou-se que a maioria das gestantes 139 (91,4%) teve acesso à cobertura (Tabela 2). O estudo de Domingues *et al.* (2014), um estudo de coorte nacional de base hospitalar, realizado no período de 2011 a 2012, com 23.894 mulheres corrobora para este resultado, em que 98,7% das gestantes realizaram o pré-natal. O resultado obtido nessa pesquisa foi superior ao encontrado por Nascimento *et al.* (2012), em que a taxa de adesão ao pré-natal foi de 54,2%. Neste contexto, vale ressaltar que o pré-natal representa o mecanismo mais importante para que esta detecção e prevenção ocorram de forma satisfatória. Para tanto, torna-se necessário realizá-lo segundo as normas preconizadas, a fim de atingir o bem-estar materno-infantil. Dificuldades na detecção e tratamento da sífilis na gestação, implicando na ocorrência da sífilis congênita, é sinal de falha na classificação desta condição durante o pré-natal. Desse modo, destaca-se a necessidade da melhoria da assistência na atenção básica, em ações relacionadas à educação em saúde, no rigor estabelecido no diagnóstico e tratamento da infecção (FELIPE *et al*., 2019).

Os dados desse estudo permitiram apresentar o perfil socioeconômico das mães de crianças com sífilis congênita. Quanto à variável etnia, representada na Tabela 2, o grupo que apresentou maior número dentre os casos registrados correspondeu às pardas, com 123 casos (80,9%) do total, seguido por 17 (11,2%) branca e 12 (7,9%) preta. A variável escolaridade, mostra que 88 (57, 9%) tinham ensino fundamental (completo ou incompleto), correspondendo à maioria dos casos. Seguidos por 53 (34,9%) ensino médio (completo ou incompleto); 8 (2,3%) ensino superior (completo ou incompleto) e 3 (2,0%) analfabetas.

Em relação à ocupação das mães, a maioria dos casos 106 (69,7%) correspondeu a mulheres do lar, o segundo e terceiro mais expressivos foram lavradoras e estudantes, com 16 (10,5%) e 15 (9,9%) respectivamente. Em menor quantidade, 9 (5,9%) empregadas e 5 (3,3%) autônomas. Em 1 ficha, a informação não constava.

Assim, identificou-se que a doença predominou nas mulheres do lar (69,7%), de etnia parda (80,9%) e que apresentavam certo grau de instrução (ensino fundamental). Resultados semelhantes foram encontrados no estudo de Nascimento *et al.* (2012) e Calás (2015). No segundo, também houve predomínio da variável parda, ainda assim, comparativamente a este estudo, o resultado foi inferior, correspondendo a 42% dos

casos. A ocorrência de sífilis e SC em gestantes tem sido associada a fatores sociais, econômicos, de infraestrutura e de acesso aos serviços de saúde, acometendo, muitas vezes, populações de maior vulnerabilidade social. No entanto, iniquidades sociais podem fazer com que mulheres em situação de vulnerabilidade não sejam captadas e acompanhadas de forma adequada pelos serviços de saúde (HERINGER *et al*., 2020).

Tabela 2. Perfil socioeconômico de crianças com sífilis congênita

VARIÁVEIS	N (152)	%(100)
Etnia		
Branca	17	11,2
Preta	12	7,9
Parda	123	80,9
Escolaridade		
Analfabeto	3	2,00
Ensino fundamental	88	57,9
Ensino médio	53	34,9
Ensino superior	8	5,3
Ocupação		
Do lar	106	69,7
Empregada	9	5,9
Lavradora	16	10,5
Estudante	15	9,9
Autônoma	5	3,3
Sem informação	1	0,7
Realizou pré-natal		
Sim	139	91,4
Não	13	8,6

Fonte: Núcleo de epidemiologia da maternidade campo do estudo, 2017.

Assim, identificou-se que a doença predominou nas mulheres do lar (69,7%), de etnia parda (80,9%) e que apresentavam certo grau de instrução (ensino fundamental). Resultados semelhantes foram encontrados no estudo de Nascimento *et al.* (2012) e Calás (2015). No segundo, também houve predomínio da variável parda, ainda assim, comparativamente a este estudo, o resultado foi inferior, correspondendo a 42% dos casos.

A ocorrência de sífilis e SC em gestantes tem sido associada a fatores sociais, econômicos, de infraestrutura e de acesso aos serviços de saúde, acometendo, muitas vezes, populações de maior vulnerabilidade social. No entanto, iniquidades sociais podem

fazer com que mulheres em situação de vulnerabilidade não sejam captadas e acompanhadas de forma adequada pelos serviços de saúde (HERINGER *et al.*, 2020).

A Tabela 3 mostra que houve associação de SC com etnia (p=0,036), com diagnóstico de sífilis da mãe durante parto (p=0,031) e classificação clínica (p=0,032). No grupo das mães diagnosticadas com sífilis durante o pré-natal, em 105 (73,4%) houve transmissão vertical da doença. Enquanto, entre as mães que receberam o diagnóstico da doença apenas no momento do parto, em 144 (70,6%) houve caso de sífilis congênita. Logo, a SC foi 19% mais prevalente nas mães que tiveram o diagnóstico de sífilis durante o parto que as que não tiveram.

Tabela 3. Associação entre sífilis congênita no RN com fatores socioeconômicos, dados laboratoriais e de tratamento da mãe

VARIÁVEIS	SÍFILIS CONGÊNITA RN			
	SIM	NÃO	VALOR DE P	RP NÃO AJUSTADA
FATORES SOCIOECONÔMICOS:				
Etnia				
Parda	123(70,7%)	5 (29,3%)	0,036*	1,17(1,031,33)
Preta	12(80,0%)	3(20,0%)		1,22(1,031,45)
Branca	17(50,0%)	17(50,0%)		1
Escolaridade				
Analfabeto	3 (100%)	0 (0,0%)	0,633*	
Ensino fundamental	88(67,7%)	42(32,3%)		
Ensino médio	53(64,6%)	29(35,4%)		
Ensino superior	8(80,0%)	2(20,0%)		
Ocupação				
Do lar	106(68,4%	49(31,6%)	0,385*	
Empregada	9(56,2%)	7(43,8%)		
Lavradora	16(57,1%)	12(42,90%)		
Estudante	15(78,9%)	4(21,1%)		
Autônoma	5(83,3%)	1(16,7%)		
Dados Laboratoriais: Realizou pré-natal				
Sim	139(68,8%)	63(31,2%)	0,148*	
Não	13(54,2%)	11(45,8%)		
Diagnóstico da sífilis durante o parto				
Sim	144(70,6%)	60(29,4%)		
Não	8(36,40%)	14(63,6%)		
Diagnóstico de sífilis durante pré-natal				
Sim	105(73,4%)	38(26,6%)	0,098*	
Não	47(56,6%)	36(43,4%)		
Classificação clínica				
Primária	1(20,0%)	4(80,0%)	0,032*	0,70(0,52-0,94)
Secundária	1(100,0%)	0(0,0%)		1,17(1,12-1,21)
Latente	112(70,4%)	47(29,6%)		
TRATAMENTO DA MÃE:				
Esquema de tratamento realizado				

Adequado	27(69,2%)	12(30,8%)	0,895*
Não adequado ou não realizado	125(66,8%)	62(33,2%)	
Parceiro tratado concomitantemente			
Sim	54(68,4%)	25(31,6%)	0,797*
Não	98(66,7%)	49(33,30%)	

Legenda: + Total de participantes menor que 226, pois haviam dados incompletos nas fichas *Teste Qui-quadrado; **Teste Exato de Fischer. **Fonte:** Núcleo de epidemiologia da maternidade campo do estudo, 2017.

Em relação ao momento do diagnóstico, o resultado do estudo de Boni & Pagliari (2016), um estudo retrospectivo realizado no município de Nova Esperança, Paraná, mostrou que 75% das mães receberam diagnóstico durante o pré-natal. Outro estudo realizado por Lorenzini *et al.* (2005), também foi apresentado resultado semelhante, em que 61,6% das mulheres do estudo, recebeu o diagnóstico no momento do pré-natal.

Quanto à variável classificação clínica, nas fichas em que a informação foi encontrada, predominou o estágio latente em 159 (96,3%) dos casos, não sendo identificado nenhum caso na fase terciária, divergindo do resultado encontrado na pesquisa de Calás (2015), em que a maioria dos casos estudados correspondeu ao estágio primário.

Conceição *et al.* (2019) destaca que de acordo com a fisiopatologia da infecção, a prevalência é da fase latente, logo, a sífilis dificilmente é diagnosticada na fase primária. Quanto à associação entre a doença e a classificação clínica, foi observado que a SC foi 17% mais prevalente em mães que possuíam sífilis no estágio secundário e 30% menos prevalente em mães com sífilis no estágio primário em comparação com estágio latente. Neste estudo, a SC foi 17% e 22% mais prevalente na etnia parda e preta que na branca, respectivamente.

Segundo Domingues *et al.* (2014), as mulheres com baixa escolaridade e pretas ou pardas apresentam uma prevalência maior de sífilis na gestação. Entre os parceiros das mães, verificou-se um percentual expressivo de não adesão ao tratamento concomitante 147 (65,1%). Leal *et al.* (2020), em um estudo descritivo, exploratório e retrospectivo, com abordagem quantitativa, realizado em Caxias, Maranhão também apontou baixa adesão do parceiro ao tratamento, em que 54,9% (n = 1344) não realizaram o tratamento concomitante e apenas 16,9% (n = 414) o realizaram. Ressalta-se que a notificação e tratamento dos parceiros constituem estratégia global de redução da incidência geral de sífilis. Contudo, no Brasil, evidências apontam para o tratamento deficiente dos parceiros de gestantes com diagnóstico de sífilis. Tal dificuldade de abordagem aos parceiros pode

representar um dos elementos importantes para a baixa adesão e grande número de falhas terapêuticas nestes usuários (FIGUEIREDO *et al*., 2020).

4. CONCLUSÃO

O estudo também ressalta a necessidade de implementação de políticas públicas de saúde, envolvendo busca ativa, capacitação e atualização profissional, afim de atingir o controle da doença e alcançar sua completa eliminação. Quanto ao perfil das mães do estudo, foi caracterizado por mulheres do lar, pardas, com algum grau de instrução, reafirmando que o perfil socioeconômico influencia na compreensão da doença e nas medidas de prevenção.

Outro ponto identificado, foi a baixa adesão dos parceiros ao tratamento concomitante às mães, configurando-se num impasse para a meta de eliminação da doença, visto que o tratamento do parceiro é fundamental para a redução da transmissão vertical da sífilis. Quando não realizado, resulta em risco elevado de reinfecção da gestante. Para tanto, faz-se necessário também que os profissionais envolvidos no processo realizem a abordagem interdisciplinar das famílias, para assim, garantir o seguimento dos casos.

A análise das características maternas e dos neonatos notificados em 2016 deste estudo mostra a maioria das mães assistida durante a gestação, o que aponta uma dificuldade diagnóstica e/ou falha do Sistema de Saúde em identificar e prevenir a ocorrência de SC. Ressalta-se que a situação envolve educação, relações familiares e assistência, configurando-se num problema de saúde pública em que a atenção pré-natal se torna um dos pilares para controle e eliminação.

Assim, o conhecimento resultante deste estudo servirá de subsídios para novas pesquisas da saúde e importante para a caracterização do perfil da doença, visto que, quanto maior o conhecimento acerca da problemática, melhor o planejamento e inserção de estratégias para seu combate.

5. REFERÊNCIAS

BAGATINI C.L.T. *et al*. Teste rápido para sífilis no pré-natal da atenção básica: avaliação institucional qualitativa e educação permanente em saúde. Revista Saúde em Redes, v. 2, p. 81, 2016.

BONI, S.M. & PAGLIARI, P.B. Incidência de sífilis congênita e sua prevalência em gestantes em um município do noroeste do Paraná. Revista Saúde e Pesquisa, v. 9, p. 517, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais. Brasília: Ministério da Saúde, 248 p. 2019a. Disponível em: http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-prevencao-da-transmissao-vertical-de-hiv. Acesso em: 30 mai. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico. Sífilis 2019. Brasília: Número Especial Out. 2019, 44 p. 2019b. Disponível em:< http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2019/boletim-epidemiologico-sifilis-2019 >. Acesso em: 30 mai. 2020.

CALÁS, J.E.S. Sífilis gestacional em municípios selecionados da região Metropolitana I do estado do Rio de Janeiro, 2011 a 2013.66f. Tese (Mestrado) – Fundação Fio Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, 2015. Disponível em: < https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/13477>. Acesso em: 01 jul. 2017.

CAVALCANTE, P.A.M. *et al*. Sífilis gestacional e congênita em Palmas, Tocantins, 2007-2014. Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde, v. 26, p. 255, 2017.

CONCEIÇÃO, H.N. *et al*. Análise epidemiológica e espacial dos casos de sífilis gestacional e congênita. Revista Saúde Debate, v. 43, p. 1145, 2019.

DOMINGUES, R.M.S.M. & LEAL, M.C. Incidência de sífilis congênita e fatores associados à transmissão vertical da sífilis: dados do estudo Nascer no Brasil. Cadernos de Saúde Pública, v. 32, e00082415, 2016.

DOMINGUES, R.M.S.M. *et al*. Prevalência de sífilis na gestação e testagem pré-natal: estudo nascer no Brasil. Revista de Saúde Pública, v. 48, p. 766, 2014.

FARIAS, C.F.L & MEDEIROS, J.S. Ocorrência de sífilis em gestantes nas macrorregiões de saúde do estado da Paraíba, Brasil, de 2014 a 2018. Journal of Biology & Pharmacy and Agricultural Management, v. 15, p. 484, 2019.

FELIPE, C.N. *et al.* Puérperas de sífilis congênita de uma maternidade de Cabo Frio- RJ: levantamento do perfil epidemiológico. Revista Nursing, v. 22, p. 3105, 2019.

FIGUEIREDO, D.C.M.M. *et al.* Relação entre oferta de diagnóstico e tratamento da sífilis na atenção básica sobre a incidência de sífilis gestacional e congênita. Cadernos de Saúde Pública, v. 36, 2020.

GONÇALVES, J. *et al*. Perfil epidemiológico dos casos de sífilis congênita de um hospital universitário- 2004 a 2008, Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde, v.13, p.49, 2011.

HERINGER, A.L.S. *et al.* Desigualdades na tendência da sífilis congênita no município de Niterói, Brasil, 2007 a 2016. Revista Panamericana de Salud Publica, v. 44, e3, 2020.

LEAL, T.L.S.L. *et al.* Perfil epidemiológico dos casos de sífilis congênita no Maranhão. Revista Eletrônica Acervo Científico, v. 8, e2936, 2020.

LORENZINI, D.R.S. *et al*. Prevalência de sífilis congênita no hospital geral de Caxias do Sul – RS no período de 1998-2002. Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis, v. 17, p. 5, 2005.

MOREIRA, D. Epidemiologia da sífilis congênita e materna em um hospital público do município de Carapicuíba – SP, Journal Health NPEPS, v. 4, p.200, 2019.

MOREIRA, K.F.A. *et al*. Perfil dos casos notificados de sífilis congênita. Cogitare Enfermagem, v. 2, e48949, 2017.

NASCIMENTO, M.I. *et al*. Gestações complicadas por sífilis materna e óbito fetal. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, v. 34, p. 56, 2012.

NONATO, S.M. *et al*. Sífilis na gestação e fatores associados à sífilis congênita em Belo Horizonte-MG, 2010-2013. Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde, v. 24, p. 681, 2015.

ROBLES, P.A.A. Enfoque epidemiológico de las características clínico terapéuticas de la sífilis congénita (2000-2010). 81f. Tese (Mestrado)- Faculdade de Medicina, Universidade Nacional Mayor de San Marcos, 2013. Disponível em:< https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-713943>. Acesso em: 01 jul. 2017.

ROS-VIVANCOS, C. *et al*. Evolución del tratamiento de la sífilis a lo largo de la historia. Revista Española Quimioterapia, v. 31, p. 485, 2018.

Capítulo 21

ACIDENTES NO TRABALHO: A IMPORTÂNCIA DE UM GESTOR NA REALIDADE DE PARNAÍBA-PI

Ana Beatriz de C Souza[1], Ricardo N Couto[2], Laíza M Costa[3], Radames C do Nascimento[4]

[1] Engenheira Civil pela UNINASSAU, Pós-graduanda em Engenharia de Segurança no Trabalho, e Gestão de Pessoas pela IBRA, Parnaíba/PI.
[2] Doutor em Psicologia Social pela UFPB, Docente de Psicologia Universidade Federal do Piauí e UNIRB, Parnaíba/PI.
[3] Engenheira Civil, Docente UNISSAU, Parnaíba/PI, Especialista em gerenciamento, qualidade e desempenho da construção, e Mestra em Meio Ambiente, UFPI.
[4] Discente de Psicologia, Faculdade Regional da Bahia, Parnaíba/PI.

Palavras-chave: *Acidente de trabalho; gestão de pessoas; saúde.*

1. INTRODUÇÃO

Os números de acidentes de trabalho no Brasil se apresentam como problemas de saúde pública, tendo em vista os crescentes casos que afastam trabalhadores e prejudicam o cotidiano laboral. A problemática é baseada nos dados da Associação Nacional de Medicina do Trabalho (ANAMT), a qual declarou em abril de 2019 que o Brasil é o quarto país onde mais acontecem acidentes de trabalho, perdendo apenas para China, Índia e Indonésia. Também informou que em 2018, a cada 48 segundos aconteceu um acidente de trabalho e a cada 3h38 um trabalhador perdeu a vida por falta de prevenção à saúde e à segurança do trabalho. O mais recente anuário estatístico de acidentes de trabalho (AEAT) mostra que em 2017 aconteceram 549.405 acidentes de trabalho em todo o Brasil. No setor da construção civil, foram 30.025, equivalente a 5,46% de todos os casos (MISTÉRIO DA FAZENDA, 2019).

A construção civil, segundo Medeiros e Rodrigues (2009), é uma área em que requer uma dedicação maior, quando se trata de segurança, gestão com qualidade e respeito ao meio ambiente. Os empregados desse ramo, formam um grupo de pessoas que

desempenham suas atividades laboral em ambiente insalubre e de forma arriscada (SILVA & BEMFICA, 2015).

Segundo Peixoto (2019), quando se imagina um canteiro de obras, a imagem que o senso comum traz à imaginação é de um local sujo, desorganizado, que o improviso é predominante, e de um ambiente insalubre. Pode-se destacar também as condições dos locais em que os trabalhadores podem fazer sua higiene pessoal, descansar, e realizar suas refeições. Resíduos da construção, ferramentas espalhadas pelo ambiente, falta de equipamentos de proteção são fatos que concluem a descrição deste quadro indesejável.

Por outro lado, a demanda quanto a indústria da construção começa a crescer para proporcionar ambientes de trabalho que se aproxime dos ambientes de outros segmentos industriais, nos quais existe um padrão, organização e limpeza, que consequentemente acarretam um ambiente mais seguro, produtivo trazendo também proteção ao meio ambiente. E, por fim, possibilite condições de um trabalho digno e que impulsione o desenvolvimento humano (PEIXOTO, 2019*)*.

Chiavenato (2019) salienta que um ambiente de trabalho agradável colabora com o convívio e união dos trabalhadores, e melhora a produtividade, da mesma maneira com acidentes, doenças, absenteísmo e rotatividade. Fazer seu espaço de trabalho um ambiente fagueiro (agradável) para se trabalhar virou uma meta para algumas empresas bem-sucedidas, que tem zelo e compromisso com seus operários.

A saúde pode ser definida como a ausência de doenças, mas não se limita somente a isso. Os riscos para a saúde, como riscos físicos e biológicos, tóxicos e químicos, assim como condições estressantes do trabalho, podem provocar riscos de acidentes e doenças no ambiente laboral, e situações como essas são mais delicadas, pois se relacionam com doenças psicológicas. Uma definição mais clara de saúde é o estado físico, mental e social de bem-estar. Essa definição evidenciam as relações entre corpo, mente e padrões sociais. A saúde de uma pessoa pode ser prejudicada por doenças, acidentes ou estresse emocional (CRUZ, 2017).

Seguindo essa linha de raciocínio, Silva (2019) afirmou em sua pesquisa que no Brasil, os transtornos mentais e do comportamento estão em terceiro lugar como o maior causador de afastamento do trabalho. Salienta o autor que o ambiente trabalhista se transformou em um espaço adoecedor. No entanto, no que se refere à legislação trabalhista, a atenção dada à saúde mental do trabalhador foi mínima.

Na atualidade, percebe-se que a conduta de vida dos trabalhadores, numa tentativa de se adaptar as variáveis técnicas de trabalho, tem gerado graves desgastes físicos e

emocionais (SILVA, 2019). O estresse ocupacional pode causar graves danos, tanto para o trabalhador quanto para as empresas: licenças médicas e absenteísmo, queda de produtividade, desmotivação, irritação, impaciência, dificuldades interpessoais, falta de envolvimento com o trabalho e a organização e fármaco dependência são algumas das resultantes negativas causadas pelo estresse (SADIR *et al.,* 2010).

Foi realizada uma pesquisa pelos autores Monteiro *et al* (2015), e eles dizem que foi possível perceber que Gestão de Pessoas é o diferencial para o bom desempenho das organizações. Há um debate entre os autores contemporâneos sobre a fase atual, em que a boa gestão do conhecimento resulta em agregação de valor. Nesse sentido, foi possível afirmar que as organizações estão se aperfeiçoando com práticas do mercado e buscando cada vez mais reconhecer e valorizar seus colaboradores. Concluiu-se que as empresas que focam por fazerem o uso contínuo de seu programa de desenvolvimento, um processo atuante nas empresas, favorecendo um clima organizacional valorizado para todos, a produtividade sempre vai estar em alta.

Um sistema de gestão da segurança e saúde no trabalho é um grupo de trabalho da organização, voltado para a segurança e integridade de seus funcionários e de suas atividades nos processos de produção (CARMAGO, 2011). O gestor deve estar focado na contribuição ao desenvolvimento e na satisfação dos interesses dos colaboradores e empresários. Sendo assim a probabilidade de uma empresa ser bem sucedida é grande (CHIAVENATO, 2019).

O desenvolvimento de novos procedimentos de gestão associadas à segurança e saúde do trabalho na construção civil é uma necessidade emergente na sociedade (LUCENA & SAFFARO, 2019). De fato, apesar do canteiro de obra ser considerado um ambiente laboral inseguro e propício a acidentes no segmento industrial (WONG *et al*., 2014), as estratégias tradicionalmente utilizadas para a gestão da segurança não são consideradas suficientemente eficientes, salienta os autores (GUO *et al.*, 2017; LE *et al*., 2015). Por este motivo para Silva e Bemfica (2015), é sempre viável multiplicar a segurança dos trabalhadores deste ramo disponibilizando recursos de trabalho no qual os deixarão satisfeitos, mostrarão resultados no período predestinado e sem acidentes.

Além de serem conscientizadores quanto a importância do uso de EPIs, os engenheiros de segurança no trabalho são uma espécie de conector, entre o empregador e os trabalhadores. Em sua maioria, as empresas, de modo infeliz, não dão atenção apropriada quando ao uso de equipamento de proteção individual, frequentemente, estão preocupadas exclusivamente em seguir as normas de segurança no trabalho, viabiliza

equipamento, porém não realizam um treinamento para utilização do próprio EPI (LIMA, 2015).

Como é possível observar, as diversas tarefas, sobretudo a de gestor, é crucial para uma realização satisfatória de um empreendimento. Consequentemente, o cuidado com a saúde colabora com o combate dos problemas com acidentes e favorecendo o combate aos elevados números de doenças ocupacionais, minimizando o problema de saúde pública.

Chiavenato (2019), afirma que gestores devem assumir também a responsabilidade de cuidar do estado geral de saúde dos colaboradores, incluindo o bem-estar psicológico, mostrando zelo, e respeitando sua capacidade cognitiva enquanto produz e realiza suas tarefas. Um colaborador excelente e competente, mas deprimido e com baixa autoestima, é de fato improdutivo, porque vai além da sua capacidade laboral. Com a finalidade de garantir a integridade física e a saúde dos funcionários, a gestão de segurança e saúde relacionada aos fatores de desempenho funcional, deve ser agregada à gestão do negócio da organização.

Nesse sentido pode-se concluir esse raciocínio afirmando que todo o esforço efetivado, por gestores, especificamente por engenheiros de segurança no trabalho e parcerias por exemplo com psicólogos, administradores e as empresas que os contratam, para melhor aplicar as medidas de segurança, sempre terão vantagens e desfechos positivos, tanto para o trabalhador quanto ao empregador. Logo, justifica-se o empreendimento científico como o presente estudo, o qual tem como objetivo verificar a relação da importância dada pelo gestor para à segurança e saúde no trabalho (SST) com o empenho dos trabalhadores.

2. MÉTODO

Essa pesquisa se caracteriza como uma pesquisa exploratória de campo com ênfase qualitativa. Segundo os autores Viera e Zouain (2006) e Bardin (2011) a pesquisa qualitativa pode ser definida como a que se respalda principalmente em análises qualitativas, que a priori, pode ser caracterizada pela não utilização instrumental estatística da análise dos dados.

Para a coleta dados, utilizou-se de roteiro *checklist* como instrumento que serviu como roteiro e orientação para as observações e entrevistas realizadas com os responsáveis pela obra. A partir do qual é possível investigar sobre a presença de um

gestor capacitado, a responsabilidade com o controle de acidentes, o uso de EPIs e a importância dada para atividades motivacionais e treinamentos de capacitações.

Visitas foram realizadas em duas obras de cunho particular na cidade de Parnaíba-PI. Uma delas tem fins comerciais, sendo de médio porte; e a outra é residencial, sendo considerada de pequeno porte. Quanto aos procedimentos, ressalta-se que foram realizados seguindo os preceitos éticos. De maneira geral, a duração totalizou 20 dias úteis.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Em um primeiro momento, observa-se que os gestores não estão presentes no ambiente laboral, e os encarregados se autodenominam gestores da equipe. Embora seja uma alternativa viável financeiramente, a contratação de mestres de obras para gerir toda a equipe não é viável para produtividade e a segurança dos operários, pois esses não têm formação técnica para efetivar determinada função.

Na obra comercial, foi realizada uma entrevista com o encarregado para responder alguns aspectos que não puderam ser observados e descritos somente com o *checklist*. As perguntas foram elaboradas com o intuito de atingir o objetivo desse trabalho e trazer resultados coerentes como aponta a literatura explorada.

Em entrevista com o encarregado da obra comercial afirmou que existe um técnico de segurança para a construtora que é responsável por todas as obras dessa empresa, e esse profissional dedica boa parte do seu tempo nas construções que têm um grau de periculosidade maior. Acredita na necessidade de mudanças e melhorias da segurança na construção civil, disse que tem consciência dos riscos e é de acordo com o uso de equipamentos, mas que, às vezes, passa despercebido, por conta do estresse ocasionado pelo ambiente trabalhista e o dia a dia de responsabilidades.

Ademais, contou que se sente satisfeito quando é elogiado pelo seu gestor. Sente-se motivado quando percebe que o gestor está atendendo aos seus pedidos, dando importância e mostrando respeito pelo encarregado e sua equipe.

Na residencial o executor encarregado pela obra era um mestre de obras, que não passava muito tempo no local de trabalho. Nenhuma atividade motivacional existia por parte do mestre de obra, quanto a equipamentos, nenhum dos trabalhadores utilizava capacetes, luvas, máscaras etc.

Existiam condições inseguras como rebocar em altura sem seus devidos equipamentos, pois o gestor não forneceu os equipamentos e, em nenhum momento, havia diálogo de segurança com esses colaboradores. O não uso de EPIs era tanto na ausência quanto na presença do gestor, uma vez que esse gestor não os fornecia tais equipamentos.

Para finalizar as observações dessa obra residencial, foi realizada uma entrevista com o responsável pela equipe, o qual também é o proprietário da empresa. Não existe técnico de segurança na empresa, mas afirma que a construção civil precisa de melhorias, porém algumas normas e regalias são exageros. Segundo o mestre de obra, ele entende que é importante o uso do EPI, e que se ele tivesse condições de arcar com todos os equipamentos, certamente, todos teriam, mas que infelizmente a empresa é pequena e muito nova ainda, e que para ele, esses investimentos são inviáveis no momento.

Relatou ainda que não concorda totalmente que o gestor seja responsável ou tenha envolvimento direto com a conscientização dos operários quanto ao uso correto de equipamentos de segurança, até porque, todos são maiores de idade e sabem o que é certo e o que é errado, de nada adianta o gestor fazer de tudo, se a iniciativa e a conscientização não partirem deles. Concorda que deve fornecer o equipamento, mas não conscientizar.

A execução dessa pesquisa atingiu com êxito seu objetivo de verificar a relação da importância dada pelo gestor para à segurança e saúde no trabalho (SST) com o empenho dos trabalhadores. A partir dos resultados, é possível notar que na obra comercial existe um cuidado maior por parte do encarregado, o qual acompanhava todas as etapas que estavam sendo produzidas por dia, no entanto, como foi exposto, algumas falhas passam despercebidas. Já na residencial, havia uma negligência grande do mestre de obra com seus colaboradores, uma vez que ele entende que é importante ter todo um cuidado, entretanto não dava atenção para as ações feitas de maneira indevida.

Atividades motivacionais para ambas as obras analisadas não existiam. O que acontecia - contou em entrevista o encarregado da obra comercial - era atividades educativas mensais. Na obra residencial, como exposta em resultados, não havia nenhuma atividade, nem mesmo a mensal. Como disseram os autores Lucena e Saffaro (2019), o desenvolvimento de novos procedimentos de gestão associadas à segurança e saúde do trabalho na construção civil é uma necessidade emergente na sociedade.

Pode-se afirmar que essa falta de compreensão em aplicar procedimentos de segurança é por uma falta de cultura deste setor, visto que a engenharia se desenvolveu juntamente com a civilização, como citou os autores Macedo e Sapunaru (2016) em sua

literatura, e somente após a revolução industrial, a segurança no trabalho chegou ao Brasil.

A higiene e organização do ambiente laboral são de grande importância para o colaborador e o gestor, porém, no ramo da construção, é complicado manter o local organizado e limpo, nos resultados dessa pesquisa, pode-se verificar que a organização depende da equipe e, em partes, a higienização também. Na obra comercial, apesar de ser uma obra maior e com mais trabalhadores, o ambiente organizacional não era adequado. Na residencial, esse ponto de vista era positivo, pois o ambiente era sempre bem organizado e limpo.

Para higienização e saúde dos funcionários, existe uma norma regulamentadora - a NR09: programa de prevenção de riscos ambientais. Essa rege que a higiene ocupacional foca na prevenção de doenças ocupacionais por meio do reconhecimento, avaliação, controle dos agentes ambientais, pensando em uma atuação definida no ambiente laboral como condição de prevenir a doença, pode-se enfatizar que a higiene ocupacional está diretamente relacionada com a organização do canteiro de obra.

O ambiente laboral sem organização e higiene pode trazer inúmeros malefícios aos trabalhadores, já que os canteiros de obras apresentam riscos que podem acontecer com os operários, conhecidos como agentes de acidente típicos (cortes, traumas, fraturas, choque elétrico) (PAES, 2019). Todavia, faz-se indispensável a organização e higienização do canteiro, como pode se notar, essa também se torna uma medida protetiva contra acidentes e doenças trabalhistas, minimizando o problema para a saúde pública.

4. CONCLUSÃO

Com este estudo de caso realizado, foi possível visualizar que o ambiente de trabalho, de ambas as obras não são satisfatórias. Dado que as empresas observadas relevam os riscos existentes no ambiente laboral e os gestores não atuam, como manda a literatura e as normas regulamentadoras, em muitas situações essa negligência acontece por falta de conhecimento teórico e orientação.

Em suma, para que uma empresa tenha seus reais objetivos alcançados, é necessário e de extrema importância o investimento na segurança e treinamento de seus colaboradores. Para que esta situação seja mudada, é preciso que, além de treinamento, o uso adequado dos EPIs seja exigido para garantir a integridade física dos operários.

Trabalhar desta maneira garante aos funcionários sua saúde e integridade física, e as empresas que adotam essas práticas e táticas mostram o quanto tem respeito e cuidado com seus operários, ressaltando que os operários se sentem seguros e é um dos fatores que geram engajamento deles com o trabalho e, consequentemente, gera uma satisfação populacional. Pois vale respaldar que são os funcionários que formam a empresa, e os gestores formam seus funcionários.

5. REFERÊNCIAS

BARDIN, L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70, 2011.

CAMARGO, W. Gestão da Segurança do Trabalho. Curitiba: e-tec Brasil, 2011.

CHIAVENATO, I. Gestão de pessoas moderna. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2019.

CRUZ, R.M. Perícia psicológica no contexto do trabalho. São Paulo: vetor 2017.

GUO, H. *et al.* Visualization technology-based construction safety management: A review. Automation in Construction, v. 73, p. 135, 2017.

LIMA, B.G. Segurança do trabalhador em canteiro de obras: utilização de EPIs. Revista Brasileira de Gestão e Engenharia. Centro de Ensino Superior de São Gotardo. Número Trabalho 03, p. 50, 2015.

LUCENA, A.F.E. & SAFFARO, F.A. Perspectivas de desenvolvimento relacionadas à segurança e saúde do trabalhador na construção civil. Segurança e saúde do trabalho na indústria da construção civil. São Carlos: Editora Scienza, p. 419, 2019.

MACEDO, G.M. & SAPUNARU, R.A. Uma breve história da engenharia e seu ensino no Brasil e no mundo: foco Minas Gerais. Revista de Engenharia da Universidade Católica de Petrópolis, v. 10, p. 39, 2016.

MEDEIROS, J.A.D.M. & RODRIGUES, C.L.P. A existência de riscos na indústria da construção civil e sua relação com o saber operário. Paraíba: PPGEP/UFPB, 2009. Disponível em: http://repositorio.anhanguera.edu.br:8080/jspui/handle/123456789/85. Acesso em: 06 mai. 2020.

MINISTÉRIO DA ECONOMIA. Canpat: construção civil está entre os setores com maior risco de acidentes de trabalho. Disponível em http://trabalho.gov.br/component/content/article?id=7000. Acesso em: 06 mai. 2020.

MINISTÉRIO DA FAZENDA. Secretaria de Previdência, Empresa de Tecnologia e Informações da Previdência. Anuário Estatístico da Previdência Social 2017. Brasília: MF/DATAPREV, 2019. Disponível em: http://sa.previdencia.gov.br/site/2019/03/AEPS-2017-13-03-19.-1.pdf. Acesso em: 07 mai. 2020.

MONTEIRO, S. *et al.* Gestão de Pessoas: a valorização do humano como um diferencial para o êxito de uma organização. Perspectivas Globais para a Engenharia de Produção, XXXV ENCONTRO NACIONAL DE ENGENHARIA DE PRODUCAO, 2015.

NR 9 - PROGRAMA DE PREVENÇÃO DE RISCOS AMBIENTAIS. Portaria SEPRT n.º 915, de 30 de julho de 2019 31/09/19. Disponível em: https://enit.trabalho.gov.br/portal/images/Arquivos_SST/SST_NR/NR-09.pdf. Acesso em: 07 mai. 2020.

PAES, M.P.C. Doenças Ocupacionais Na Construção Civil. Em Segurança e saúde do trabalho na indústria da construção civil. São Carlos: Editora Scienza, p. 243, 2019.

PEIXOTO, C.S. M. Práticas de responsabilidade social para garantia. Robotic Systems, v. 11, p. 130, 2014.

SADIR, M.A. *et al*. Stress e qualidade de vida: influência de algumas variáveis pessoais. Revista Paidéia, v. 20, p. 73, 2010.

SILVA, A.A.R. & BEMFICA, G.C. Segurança no trabalho na construção civil: uma revisão bibliográfica. Revista Pensar Engenharia, v. 1, 2015.

SILVA, G.N. (Re)Conhecendo o estresse no trabalho: uma visão crítica. Revista Gerais de Psicologia. v. 12, p. 51, 2019.

VIEIRA, M.M.F. & ZOUAIN, D.M. Pesquisa qualitativa em administração. 2.ed. Rio de Janeiro: FGV, 2006.

WONG, J.K.W. *et al.* Virtual Prototyping for Construction Site Co2 Emissions and Hazard Detection. International Journal of Advanced Robotic Systems, v. 11, p. 130, 2014.

Capítulo 22

A ATUAÇÃO PROFISSIONAL DO PSICÓLOGO NAS POLÍTICAS PÚBLICAS: RELATO DE VIVÊNCIAS INSTITUCIONAIS

André S Rocha[1], Francisco H V Freire[2], Luiz W F Moura[3]

[1] Mestrando em Psicologia, Universidade São Francisco, Campinas/SP.
[2] Graduando em Psicologia, Centro Universitário Inta - Uninta, Sobral/CE.
[3] Graduando em Psicologia, Faculdade Ieducare/FIED, Tianguá/CE.

Palavras-chave: *Atuação profissional; psicologia; políticas públicas*

1. INTRODUÇÃO

A inserção da psicologia no campo das políticas públicas foi alcançada na década de 90, período que angariou conquistas para à saúde brasileira, tornando-a pública, igualitária e equânime. Esse fato foi possível mediante a promulgação das Leis Orgânicas da Saúde 8.080 e 8.142, ambas originadas juntamente com a Constituição Federal de 1988 e regulamentadas em 1990, e da Reforma Sanitária, movimento dinâmico que perdura na atualidade. (FERRAZZA, 2016)

Historicamente, a atuação política do psicólogo era privatista e liberal, totalmente pautada na individualidade e na elitização de modo que atendia a um segmento popular que possuía condições de pagar pelos serviços prestados. No entanto, a partir de esforços empreendidos por profissionais, estudantes, pesquisadores da área e a comunidade em geral, o que se pode vislumbrar atualmente é uma psicologia mais próxima da realidade social, atuando nos territórios, portanto, presentemente nas políticas públicas (CARVALHO, 2013; CINTRA & BERNARDO, 2017).

Dessa maneira, o psicólogo inserido nas políticas públicas deve pautar o seu serviço baseado no contexto social, visando a autonomia e empoderamento dos usuários, tanto na esfera individual como na coletividade (CINTRA & BERNARDO, 2017). Além disso, a atuação deve valer-se do campo interdisciplinar, com foco em articular teoria e prática com os diversos profissionais sob a perspectiva da troca colaborativa de saberes;

a integralidade do cuidado, a fim de não fragmentar o usuário em componentes anatômicos e de atender as reais necessidades dos que buscam ajuda. Por fim, compreende-se também a intersetorialidade, como uma maneira de atuar conjuntamente com outros serviços públicos, buscando parcerias e assegurando melhor eficácia na atenção à saúde dos usuários.

Em síntese, o psicólogo deve operacionalizar sua atividade laboral principalmente nas dimensões da interdisciplinaridade, intersetorialidade e a integralidade do cuidado, sob a perspectiva de visualizar o paciente em sua totalidade, para além do modelo médico hegemônico e biológico, por exemplo, que é focado na díade doença e doente (CINTRA & BERNADO, 2017).

Os Determinantes Sociais de Saúde (DSS) são conceituados pela Comissão Nacional dos Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS) como fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que atingem à população e impactam diretamente às condições de saúde (CNDSS, 2007; BUSS & PELLEGRINI FILHO, 2007). A partir dessa dimensão ampla dos DSS, em que às condições de vida e trabalho estão imbricadas com fatores relacionados à saúde populacional, o cuidado integrado precisa ser ponderado, considerando o contexto que o usuário está inserido e deve beneficiá-lo na demanda que emerge naquele momento. Essa concepção corrobora com os estudos de Dimenstein (2001) em que a autora propõe uma atividade contextualizada com a realidade das pessoas constituintes de um determinado território e também que o profissional se valha dos princípios e diretrizes que regem o Sistema Único de Saúde (SUS).

No Brasil, foi regulamenta a Lei Federal 10.216 de 6 de abril 2001, comumente conhecida como Lei Paulo Delgado, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Essa legislação impõe, dentre diversas características, assegurar melhores condições no tratamento a pessoas com transtornos graves e persistentes, bem como promover equidade na oferta dos serviços. (BRASIL, 2001). Além do exposto, vale enfatizar que esse marco jurídico se origina em 1989, quando o deputado Paulo Delgado propõe a regulamentação do direito dos indivíduos com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios do país e a substituição por outros recursos assistenciais (BRASIL, 2001).

O SUS oferece cinco tipos de Centros de Atenção Psicossociais (CAPS). O que os diferenciam está relacionado a ordem de complexidade de porte (pequeno, médio e grande), abrangência populacional e dois serviços específicos de atenção psicossocial

(CAPSi e CAPS- AD) como será visto adiante. Sinteticamente, a título de exemplo, o CAPS I é um serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 20.000 e 70.000 mil habitantes. O CAPS II presta serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 70.000 e 200.000 mil habitantes. O CAPS III realiza serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população acima de 200.000 mil habitantes. É o único com funcionamento 24 horas durante todos os dias da semana, inclusive feriados. O CAPSi, atende, exclusivamente, crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e severos em municípios com mais 200.000 mil habitantes. E, finalmente, CAPS – AD atende à população com transtorno decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas em municípios com mais de 70.000 mil habitantes (BRASIL, 2002).

O CAPS – AD foi criado em março de 2002. Trata-se de um dispositivo estratégico para a ordenação da rede em saúde mental. Posto isso, a instituição dessa rede, que se estabelece próximo ao território, possibilitou a organização de um modelo que substitui à lógica do Hospital Psiquiátrico no Brasil (MAGGI & LARENTTIS, 2012). O CAPS – AD reúne uma equipe multidisciplinar composta por médicos, psicólogos, educadores físicos, enfermeiros e outros que atuam através do acolhimento, de intervenções clínicas, oficinas terapêuticas e atividades com meio de reabilitação social. (BRASIL, 2004). O propósito é prestar atendimento a pessoas com adversidades relacionadas ao uso de álcool e substâncias psicoativas por meio de um tratamento que considera a integralidade e singularidade dos indivíduos (CERUTTI *et al*., 2014).

Segundo as portarias nº 224/1992 e 336/2002 do Ministério da Saúde, no âmbito do CAPS – AD, os grupos são considerados um dos principais recursos terapêuticos e possuem algumas modalidades: psicoterapia de grupo, grupos operativos, atividades de suporte social e oficinas terapêuticas. Em algumas dessas atividades foram observadas, que a atuação do psicólogo é imprescindível. Portanto, a partir da explanação realizada, o objetivo principal deste estudo é relatar a importância do trabalho do psicólogo nas políticas públicas, sobretudo, no CAPS – AD, e trazer reflexões acerca do funcionamento e dinâmica desse espaço, enquanto ambiente de reinserção social.

2. MÉTODO

Trata-se de um estudo qualitativo descritivo de cunho de relato de experiência, tendo participado dois discentes. As visitas ocorreram durante o período de setembro de 2019 no CAPS – AD situado no munícipio de Sobral, no Ceará. O instrumento utilizado para compor o relatório final, deu-se através de diários de campo, em que os discentes anotavam informações relativas às vivências no local. Para Bardin (1977) a pesquisa qualitativa é interpretativa, mas não isenta de fundamentação teórica. Esse tipo de pesquisa objetiva compreender relações, percepções de determinados grupos ou instituições. Dessa maneira, os fenômenos sociais são estudados e analisados levando em consideração valores, aspirações e atitude. O foco é como o processo decorreu e não apenas no resultado final.

As informações obtidas nos diários de campo foram analisadas, integradas e interpretadas à luz dos pressupostos teóricos que sustentam esse trabalho e problematizam a atuação do profissional do psicólogo nas políticas públicas. Logo, o presente escrito não se ancorou em categorias de análises para a sistematização do relato, sendo as reflexões aqui contidas tenham sido desenvolvidas por intermédio de leitura prévia de texto e arcabouço teórico estudados durante a graduação bem como de inquietação que surgiram ao longo dos encontros.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir das visitas ocorridas, percebeu-se a pertinência e dinâmica do profissional de psicologia no CAPS – AD uma vez que o mesmo estava inserido em algumas atividades desenvolvidas a saber: escuta ativa, psicoterapia de grupo e oficinas terapêuticas. Tais metodologias acontecem semanalmente ou quinzenalmente e são estruturadas e integradas com diversos profissionais que compõem a rede de modo a primar pelo trabalho colaborativo e interprofissional, visando o fortalecimento do campo da saúde e a independência/autonomia do usuário.

Além do mais, essas propostas buscam, de algum modo, melhorar o quadro de saúde dos indivíduos, seja em aspectos psíquico, orgânico ou em ambos, contribuindo então para que os mesmos possam retornar para um convívio social com uma melhor qualidade de vida (CARVALHO, 2013).

As proposições das oficinas terapêuticas estão introduzidas num cenário de autonomia e reinserção social. Os usuários são acolhidos e podem se expressar livremente, seja por meio da fala, ou de recursos lúdicos como desenhos e pinturas. Essa proposta terapêutica é de fundamental importância para o psicólogo, a partir da discussão e levantamento e planejamento de ações previamente com a equipe que constitui o CAPS – AD, desde profissionais da saúde, gestores, usuários e família (AZEVEDO & MIRANDA, 2011). Esse momento foi o mais acompanhado pelos discentes.

Nesta ação, participaram alguns usuários do CAPS – AD bem como profissionais de saúde, a saber um educador físico e um residente na mesma área, um psicólogo e para além disso um artesão que auxiliou na condução da tarefa. Durante a atividade diversos estilos musicais foram reproduzidos com a finalidade de tornar mais lúdico e descontraído o momento. Com o vínculo já estabelecido, há uma interação social amigável por parte de todos que constituem àquele espaço. Ao final da oficina, produziram-se quadros artísticos que são posteriormente disponíveis a venda.

A psicoterapia de grupo vem alinhado ao preconizado pelo trabalho do psicólogo numa dimensão coletiva. Ainda que o trabalho seja ‘’individual’’, pois não há um trabalho conjunto com os demais membros da equipe, as demandas relatadas poderão ser conversadas para, por exemplo, subsidiar na elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS) de algum usuário que venha a necessitar. Ademais, oportuniza a todos os integrantes um espaço de fala e escuta, de si e do outro e possibilita um momento de autonomia, melhora das relações interpessoais e reinserção social, tema tão versado no trabalho e de relevância para a temática (PITTA, 1994). Vale destacar que nesse tipo de grupo os discentes não puderem acompanhar, pois é um momento partilhado entre profissionais e usuários da rede.

Por fim, faz-se de extrema pertinência o trabalho do psicólogo para a colaboração da reinserção social, o desenvolvimento da autonomia, da criatividade e imaginação de pessoas usuário que muitas vezes se encontra numa posição marginalizada e excluída pela sociedade e família, que pratica o ato do abandono. O espaço da escuta qualificada, atenta e sem julgamentos, favorece a abertura ao diálogo e o fortalecimento do vínculo (CINTRA & BERNARDO, 2017).

4. CONCLUSÃO

O objetivo do presente trabalho foi relatar a importância do trabalho do psicólogo nas políticas públicas, sobretudo, no CAPS – AD, e trazer reflexões acerca do funcionamento e dinâmica desse espaço, enquanto ambiente de reinserção social. Constata-se uma evolução histórica no que tange as políticas públicas no Brasil, fruto do Movimento da Reforma Sanitária suplementado com a promulgação da Constituição Federal de 1988, a primeira a abordar a saúde em suas seções (FERRAZA, 2016).

O profissional de psicologia ainda tem muito a colaborar dentro das políticas públicas desde que se tenha conhecimento do exercício profissional regrado nas diretrizes e princípios que regem do SUS. (DIMENSTEIN, 2001). Uma atuação desarticulada e individual pode não oferecer melhoria na qualidade de vida do usuário e remonta uma ideia de trabalho tradicional e privatista. Sendo que, parte-se do pressuposto que o profissional tenha condições mínimas de exercer com sabedoria os princípios de integralidade, intersetorialidade e interprofissionalidade (CINTRA & BERNARDO, 2017).

Conclui-se, efetivamente, que enquanto vivência, embora período relativamente curto de tempo, a experiência proporcionou aproximação com a prática de tal modo que refletiu os desafios e demandas impostas ao profissional de psicologia, que assumiu esse campo multifacetado relativamente há poucas décadas frente as demais profissões. Destaca-se que essa temática se insere ainda num campo atuação desconhecido por muitos profissionais psicólogos, que ao saírem da graduação, avistam esses espaços como fruto do primeiro ofício. Em contraste, sequer têm destreza mínima e técnica para atuar com a ética preconizada pela profissão (CINTRA & BERNARDO, 2017).

As limitações deste estudo precisam ser reconhecidas. Duas em especifico devem ser mencionadas: dimensão geográfica e o período *in locus*. O CAPS- AD abordado nesse capítulo situa-se na região noroeste do Ceará. A cidade conta também com o CAPS geral que presta apoio a usuários com transtornos mentais severos. Outras práticas desenvolvidas no CAPS- AD não foram citadas por extrapolar a área do trabalho, mas que podem ser procuradas e discutidas em trabalhos futuros adicionais para que a área seja expandida. O período *in locus* foi somente um mês, mas foi um pontapé para que, a partir de inquietações, pudesse derivar essa contribuição.

5. REFERÊNCIAS

AZEVEDO, D. & MIRANDA, F.A.N. A representação social de familiares nos Centros de Atenção Psicossocial. Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem, v. 15, p. 354, 2011.

BARDIN, L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70, 1977.

BRASIL, Ministério da Saúde. Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde. Brasília, DF, 2004. <Disponível em: http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf>. Acesso em: 24 mai. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 10.216, Lei da Reforma Psiquiátrica de 06 de abril de 2001. Brasília, DF, 2001. Disponível em: <https://hpm.org.br/wp-content/uploads/2014/09/lei-no-10.216-de-6-de-abril-de-2001.pdf.>. Acesso em: 20 mai. 2020.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Estabelece que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional. Brasília, DF, 2002. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html>. Acesso em: 23 mai. 2020.

BUSS, P.M & PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. Physis: Revista de Saúde Coletiva, v. 17, p. 77, 2007.

CARVALHO, G. A saúde pública no Brasil. Estudos Avançados, v. 27, p. 7,2013.

CERUTTI, M.G. *et. al* A Atuação do Psicólogo no centro de atenção piscossocial voltado para álcool e outras drogas (Capsad): Os Desafios da Construção de uma Clínica Ampliada. Revista Eletrônica de Extensão, v. 11, p. 101, 2014.

CINTRA, M.S., & BERNARDO, M.H. Atuação do psicólogo na atenção básica do SUS e a psicologia social. Psicologia: Ciência e Profissão, v. 37, p. 883, 2017.

COMISSÃO NACIONAL SOBRE OS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE (CNDSS). Carta aberta aos candidatos à Presidência da República. Setembro, 2006. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/folder/10006001341.pdf>. Acesso em: 23 mai. 2020.

DIMENSTEIN, M. O Psicólogo e o compromisso social no contexto da Saúde Coletiva. Psicologia em Estudo, v. 6, p. 57, 2001.

FERRAZZA, D.A. Psicologia e políticas públicas: desafios para superação de práticas normativas. Rev. Polis Psique. Porto Alegre, v. 6, p. 36, 2016.

LARENTIS, C.P. & MAGGI, A. Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas e a Psicologia. Aletheia, p. 121, 2012.

PITTA, A.M.F. Os Centros de Atenção Psicossocial: espaços de reabilitação? Jornal Brasileiro de Psiquiatria, v. 43, p. 647. 1994.

Capítulo 23

AÇÃO EM SAÚDE EDUCATIVA PARA GESTANTES ADOLESCENTES: POR UM SUS MELHOR

Amanda K M Resende[1], Juliana Do N Sousa[2], Cristiana P Oliveira[3], Maria C S Fonseca[2], Ravenna K B Muniz[2], Karllenh R Dos Santos[2], Joésia R Oliveira[2], Jayanne Do N S Costa[2], Ana Beatriz De O Guimarães[2], Érika Maria M Bacelar[2], Kauan G de Carvalho[4], Gisele C A Nascimento[5], Nanielle S Barbosa[6], Ana Clara M Ibiapina[7], Fabrícia A Prudêncio[8]

[1] Graduada em Enfermagem pela Universidade Estadual do Piauí – UESPI. Residente em Enfermagem Obstétrica pela Universidade Federal do Piauí-UFPI. Teresina/ PI.
[2] Graduandos em Enfermagem pela Universidade Estadual do Piauí – UESPI. Teresina/ PI.
[3] Especialista em Saúde da Família pela Universidade Federal do Piauí – UFPI, Teresina/ PI.
[4] Graduado em Enfermagem pela Universidade Estadual do Piauí – UESPI, Teresina/PI. Residente em Saúde da Família/Atenção Básica pela Universidade Federal do Piauí – UFPI, Parnaíba/PI.
[5] Graduada em Farmácia pela CHRISFAPI. Residente em Saúde da família/Atenção Básica pela Universidade Federal do Piauí – UFPI, Parnaíba/ PI.
[6] Graduada em Enfermagem pela Universidade Estadual do Piauí – UESPI. Pós-graduanda do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade pela UESPI, Teresina/PI.
[7] Graduanda em Enfermagem pela Faculdade Pitágoras – IFC, Teresina/PI.
[8] Mestre em Enfermagem Pela Universidade Federal do Piauí – UFPI, Teresina/ PI. Professora Efetiva do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual do Piauí – UESPI, Teresina/ PI.

Palavras-chave: *Educação em saúde; gravidez na adolescência; enfermagem em saúde comunitária.*

1. INTRODUÇÃO

A adolescência compreende a faixa etária entre 10 aos 19 anos, conforme a Organização Pan-americana de Saúde (OPS) e a Organização Mundial de Saúde (OMS) (WHO, 2013). Esse período é caracterizado como conflituoso tanto internamente quanto externamente, nas relações sociais, devido a formação da identidade e da autoestima (MOREIRA *et al*., 2008).

No Brasil, além dos conflitos que surgem na idade, algumas adolescentes ainda convivem com a gravidez indesejada (DIAS & TEIXEIRA, 2010). Nos últimos anos, os jovens têm começado a vida sexual de forma precoce, o que pode ser associado a diversos fatores como curiosidade natural devido ao desenvolvimento e maturação sexual, ausência de afeto, necessidade de autoafirmação perante às amizades, desequilíbrio

familiar, influência de amigos ou pode ser também expressão de amor e confiança (ZANIN *et al.*, 2011).

Nessa perspectiva, surgem situações que causam mudanças significativas na vida da gestante adolescente. Segundo Dadoorian (2003), essa conjuntura acarreta afastamento ou adiamento dos estudos e aumento da dependência financeira dos pais, por exemplo. Ademais, tem-se as alterações físicas, biológicas e psicológicas uma vez que o corpo sofre modificações para conceber uma nova vida e tais adaptações geram reações características de gravidez que variam de mulher para mulher (LEITE & BOHRY, 2012).

É válido salientar que, durante a fase da adolescência, é comum a ausência de estrutura familiar sólida condizente para a concepção de uma criança, além de existir o abandono (HEILBORN *et al*., 2002). Logo, fica evidente que as relações sociais em que a adolescente está inserida são de fundamental importância para o suporte emocional, financeiro e psicossocial, imprescindíveis durante uma gravidez.

Diante disso, é necessário que os jovens tenham apoio, atenção e cuidado para que consigam passar por tal experiência. Todavia, existem percalços como a dificuldade da família em cuidar e apoiar a gestante devido à falta de conversas que incluam sexualidade e a ausência de parceiro, tendo em vista que a recusa paternal é um fator contribuinte para situações de estresse e complicações ao longo da gravidez e da vida da criança (PARIZ *et al.*, 2012).

Em face ao exposto, fica evidente a relevância da temática já que se trata de um problema que diz respeito a toda a sociedade. É relevante abordar os desafios e possíveis intervenções para tal questão que também se relaciona com a saúde, haja vista o envolvimento de profissionais no processo de cuidado da adolescente gestante.

Assim, o objetivo do estudo é descrever uma vivência de uma ação em saúde educativa para gestantes adolescentes em uma Unidade Básica de Saúde.

2. MÉTODO

O estudo trata-se de um relato de experiência, do tipo descritivo, vivenciado por acadêmicos de Enfermagem, no mês de novembro de 2018, no turno da manhã, realizado em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) no município de Teresina, Piauí, Brasil.

As atividades desenvolvidas foram planejadas detalhadamente com antecedência (data prevista, intervalo de tempo necessário, ambientação holística e seleção de conteúdo

a serem explorados). Realizou-se um convite verbal para as adolescentes e buscou-se integrar o maior número de mulheres.

Participaram do evento a equipe multiprofissional, a docente e os discentes do curso de enfermagem. Incluíram-se 15 adolescentes que estavam no dia para realização de consulta de pré-natal. Foi utilizado um instrumento previamente elaborado com o auxílio da professora para ajudar na observação por meio dos relatos verbais das participantes (ANEXO 1).

Foram aplicadas práticas lúdicas, atividades educativas de prevenção e promoção à saúde, objetivando a discussão sobre a gravidez, verdades e mitos sobre a gestação, os cuidados do período gestacional e prepara-las para o momento do parto e nascimento, esclarecer o que é a violência obstétrica. Além disso, buscou-se, também, destacar a importância da rede de apoio durante esse período, ambiente familiar e condições socioeconômicas. E por fim fortalecer sobre a aceitação da gravidez.

Os dados obtidos foram produzidos mediante observação, os quais foram compilados em diário de campo. O presente trabalho respeita os preceitos legais da Resolução nº 466/2012 do Código de Ética em Enfermagem e a Resolução nº 311/2007, pois por se tratar de um relato de experiência, não é necessário à certificação pelo Comitê de Ética em Seres Humanos (CEP) (BRASIL, 2012; COREN, 2007).

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

As ações aconteceram em uma Unidade Básica, dentro de uma ambiência receptiva e acolhedora, para que fossem elucidadas as dúvidas em torno da gestação e do parto, além de ressaltar a importância do suporte familiar como fundamental para vivenciar a experiência da maternidade precoce.

Anualmente, cerca de 21 milhões de meninas com idades de 15 a 19 anos engravidam em países em desenvolvimento e quase 12 milhões dão à luz. Somado a isso, aproximadamente 777.000 das meninas se tornam mães com menos de 15 anos em regiões em desenvolvimento (BRASIL, 2020).

Tais números expressam a dimensão da gravidez na adolescência a nível global. Muitos casos ocorrem com meninas de baixa renda, baixa escolaridade e poucas oportunidades de trabalho aliado aos outros fatores que corroboram para que a prevalência da problemática seja elevada.

De acordo com Monteiro *et al* (2011), a conjuntura familiar, fator econômico, nível de escolaridade, relacionamento com o pai da criança e exposição a violência exemplificam possíveis fatores que constituem os casos de gravidez precoce, problemas no amadurecimento da adolescente e no desenvolvimento do filho (MONTEIRO *et al*., 2011).

A referida questão pode ser apontada como um problema social e de saúde pública nos países em desenvolvimento em virtude dos obstáculos provenientes disso. Dentre tais impasses, pode-se citar: evasão escolar, crítica familiar, estímulo ao aborto, desamparo por parte do parceiro, rejeição pela sociedade e gravidez de risco (FERREIRA *et al*., 2014).

Ao longo da atividade, as gestantes foram convidadas a participar de roda de conversa com o propósito de aproximá-las, propiciar troca de conhecimentos e experiências, como também sanar questionamentos. Na atividade em questão, foram utilizados banners sobre a necessidade de realização de exames de pré-natal e cuidados com a saúde para uma gravidez saudável.

Foi observado através do diálogo com as gestantes, norteado pelo instrumento elaborado pelos autores (ANEXO 1), que facilitou o início das discussões temáticas visto que ele propiciou conhecer a sua realidade, fragilidades, demandas e expectativas das gestantes acerca do momento conflituoso que elas estavam vivenciando tanto internamente por muitas viverem uma gravidez não planejada e terem medo do desconhecido “SER MÃE”, como externamente pela baixa aceitabilidade da família e em alguns casos abandono do parceiro.

Logo, facilitou para que as mulheres participaram ativamente, respondendo às perguntas, algumas delas não tinham um ponto de vista formado positivo ou negativo sobre sua gestação e sobre sua rede de apoio. No entanto, após serem oferecidos os esclarecimentos sobre o processo gestacional, trabalho de parto, função do acompanhante e da rede familiar, notou-se maior número de afirmações positivas e maior interesse na troca de saberes.

Nesse sentido, a educação em saúde juntamente com ações de prevenção e promoção são recursos essenciais para induzir os indivíduos a pensarem e repensarem suas práticas e modos de vida (MENDES *et al*., 2017). Atualmente, a educação em saúde torna-se mais ampla quando abrange a capacitação e a qualificação de profissionais o que culmina na expansão do conhecimento, aperfeiçoamento de habilidades e construção de um pensamento crítico (GURGEL *et al*., 2010).

Em 1989, o Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD) foi criado pelo Ministério da Saúde (portaria nº 980/GM) baseado em práticas de prevenção de doenças e promoção de saúde, reconhecimento de fatores de riscos e agravos com o objetivo de fornecer acompanhamento e tratamentos adequados seguindo as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) (RIBEIRO *et al*., 2016).

Com isso, é possível inferir a indispensabilidade de programas para melhoria da assistência voltada aos adolescentes contribuindo, assim, para uma melhor abordagem desse público permitindo investigar e intervir em problemas como a gravidez precoce disponibilizando ferramentas de apoio para disseminação de conhecimento, incluindo a sexualidade, e capacitando a equipe multiprofissional que assumirá o cuidado.

Em vista disso, devido às implicações que ocorrem da gravidez na adolescência há uma demanda de alerta e intervenção dos profissionais da saúde e da educação. Para tanto, é indispensável a abordagem de alguns pontos relacionados à problemática: sexualidade dos jovens e educação sexual, utilização de métodos contraceptivos, informação acerca das infecções sexualmente transmissíveis, afastamento da escola e abuso sexual (SOUZA *et al.*, 2012).

Em consonância com Ribeiro *et al* (2016), o enfermeiro, por exemplo, é integrante fundamental da equipe que atua em conjunto ao público jovem. Esse profissional elabora planos de prevenção e competências educativas com os adolescentes a fim de prevenir a gravidez precoce e conscientizá-los sobre a necessidade de participação nas ações de educação em saúde para que se tornem aptos a lidar com suas decisões.

Ao longo da conversa, as convidadas foram incentivadas a realizarem o pré-natal e foram instruídas sobre como cuidar de si durante a gravidez, já que é um período de mudanças biológicas e psicológicas que interferem na vida das futuras mães. Nessa experiência algumas mulheres relataram que não haviam tido a oportunidade de um encontro assim em sua gestação anterior e que agora se sentiram mais seguras sobre si mesma e sua autonomia.

É na Estratégia de Saúde da Família (ESF) que se encontra o ponto inicial no que tange ao redirecionamento de ações direcionadas aos adolescentes nas diversas áreas de atuação dos serviços da Atenção Básica (PARIZ *et al.*, 2012).

Há indícios de que o profissional da Atenção Primária pode ser o mais indicado para compreender a vida do adolescente fornecendo, dessa forma, subsídio para prática educativa de abrangência coletiva levando em consideração as relações do jovem nas mais diferentes esferas da vida (PARIZ *et al.*, 2012).

Mediante ao exposto, é importante ressaltar o papel do SUS em fornecer o apoio que os adolescentes necessitam considerando-se a função dos profissionais da ESF em atender esses pacientes de forma abrangente, integral e coletiva. A assistência prestada é primordial tanto para prevenção de gravidez indesejada quanto para o acompanhamento dos casos já existentes. A educação em saúde torna-se, cada dia mais, um mecanismo elementar no contato com os pacientes que visa abranger a problemática de forma eficaz e resolutiva fomentando, assim, a redução dos casos de gravidez na adolescência.

4. CONCLUSÃO

As atividades que envolvem a educação em saúde são fundamentais na troca de conhecimento e desenvolvimento de habilidades acadêmicas e profissionais. Além disso, diminui barreiras entre a comunidade, alunos e profissionais.

Portanto, a realização da presente intervenção trouxe um novo olhar para os acadêmicos de enfermagem e para as mulheres sobre o período gestacional e parto, bem como pode contribuir com os conhecimentos sobre a temática e fortalecer uma atenção holística e humanizada no âmbito do SUS.

5. REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Mais de 20 mil meninas com menos de 15 anos engravidam todos os anos. 2020. Disponível em: < https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/46294-mais-de-20-mil-meninas-com-menos-de-15-anos-engravidam-todos-os-anos>. Acesso em: 31 mai. 2020.

BRASIL. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 13 jun 2013. Disponível em: <http://bit.ly/1mTMIS3 > Acesso em: 31 mai. 2020.

COFEN. Resolução n° 564, de 06 de dezembro de 2017. Aprova o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Cofen, 2017. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017_59145.html>. Acesso em: 10 mai. 2020.

RIBEIRO, V.C.S. *et al*. Papel do enfermeiro da estratégia de saúde da família na prevenção da gravidez na adolescência. Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro, v. 6, p. 1957, 2016.

DADOORIAN, D. Gravidez na adolescência: um novo olhar. Psicologia: Ciência e Profissão, v. 23, p. 84, 2003.

DIAS, A.C.G. & TEIXEIRA, M.A.P. Gravidez na adolescência: um olhar sobre um fenômeno complexo. Paidéia, v. 20, p. 123, 2010.

FERREIRA, E.B. *et al*. Causas predisponentes à gestação entre adolescentes. Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online, v. 6, p. 1571, 2014.

GONTIJO, D.T. & MEDEIROS, M. "Tava morta e revivi": significado de maternidade para adolescentes com experiência de vida nas ruas. Cadernos de Saúde Pública, v. 24, p. 469, 2008.

GURGEL, M.G.I. *et al*. Desenvolvimento de habilidades: estratégia de promoção da saúde e prevenção da gravidez na adolescência. Revista Gaúcha de Enfermagem, v. 31. 640, 2010.

HEILBORN, M.L. *et al*. Aproximações socioantropológicas sobre a gravidez na adolescência. Horizontes Antropológicos, v. 8, p. 13, 2002.

LEITE, M.P. & BOHRY, S. Conflitos relacionados à gravidez na adolescência e a importância do apoio familiar. Encontro: Revista de Psicologia, v. 15, p. 113, 2012.

MENDES, M.A.R. *et al*. Vamos falar sobre gravidez na adolescência? Experiência de educação e saúde em um quilombo. Unimontes Científica, v. 18, p. 158, 2017.

MONTEIRO, N.R.O. *et al*. Gravidez e maternidade de adolescentes: fatores de risco e de proteção. Journal of Human Growth and Development, v. 21, p. 198, 2011.

MOREIRA, T.M.M. *et al*. Conflitos vivenciados pelas adolescentes com a descoberta da gravidez. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 42, p. 312, 2008.

PARIZ, J. *et al.* A atenção e o cuidado à gravidez na adolescência nos âmbitos familiar, político e na sociedade: uma revisão da literatura. Saúde e Sociedade, v. 21, p. 623, 2012.

SOUZA, A.X.A. *et al.* Representações sociais de adolescentes grávidas sobre a gravidez na adolescência. Psicologia & Sociedade, v. 24, p. 588, 2012.

WHO, World Health Organization. Gravidez na Adolescência. 2013. Disponível em: https://www.who.int/en/news-room/factsheets/detail/adolescent-pregnancy. Acesso em: 26 mai. 2020.

ZANIN, M. *et al.* Representação social da gravidez na percepção de adolescentes gestantes de baixa renda Unoesc & Ciência - ACHS, v. 2, p. 89, 2011.

ANEXO 1

Questões

1 - Como você se sentiu ao descobrir sua gravidez?

2 - Para você como foi contar sobre sua gravidez aos seus conhecidos e familiares?

3 - Como você se sente em ser mãe?

4 - Na sua visão qual vai ser o seu papel como mãe?

5 - Como você se sente sobre o seu acompanhamento de pré-natal no SUS?

6 - Para você há alguma coisa que necessite ser melhorada no seu acompanhamento no postinho de saúde? Se sim, explique.

7 - E como você se sente em relação ao acompanhamento recebido pelo profissional enfermeiro? Explique.

Capítulo 24

A ATUAÇÃO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL EM UNIDADES DE EMERGÊNCIA DIANTE DA PANDEMIA DO COVID-19

Carlyne A de Sousa[1], Glícia Maria de O Damasceno[2], Edilany A Lima[1], Maria Santana do Nascimento[1], Benedita Y V Galdino[1], Keila M C Martins[3]

[1] Discente de Enfermagem, Centro Universitário Inta – UNINTA, Sobral/CE.
[2] Discente de Fisioterapia, Centro Universitário Inta – UNINTA, Sobral/CE.
[3] Docente de Enfermagem, Centro Universitário Inta – UNINTA, Sobral/CE.

Palavras-chave: *Pandemia; equipe multiprofissional; emergência.*

1. INTRODUÇÃO

Diante da pandemia de COVID-19, é imprescindível a participação da equipe multiprofissional e sua adaptação a fim de evitar a contaminação da mesma e conceder uma boa assistência aos pacientes.

Dentro desse âmbito, a hipoxemia é um marcador importante da doença COVID-19 (GATTINONI, 2020), em que a oferta e oxigênio a estes pacientes passa por discussão de limitações sobre como ofertá-lo, uma vez que as formas de oxigenioterapia devem evitar a maior disseminação da doença, sobretudo entre os profissionais de saúde e demais pacientes não suspeitos, que porventura compartilhem espaço do Departamento de Emergência. Por isso, entender o dimensionamento da oxigenoterapia é fundamental (ABRAMEDE, 2020).

O objetivo desse estudo é descrever a atuação dos profissionais quanto ao manejo de pacientes com suspeita ou confirmação de COVID-19.

2. MÉTODO

Pesquisa do tipo revisão bibliográfica realizada no período do mês de março de 2020 no site ABRAMEDE e base de dados SciELO, por meio dos descritores: “pandemia”; “equipe multiprofissional” e “emergência”. Foram selecionados artigos disponíveis na íntegra categorizados em: local de publicação, idioma português, ano de publicação, área temática e tipo de literatura sendo encontrados 10 artigos e selecionados cinco, sem artigos repetidos, e aqueles que não correspondiam integralmente ao tema proposto na qual foram sendo excluídos, totalizando cinco artigos.

Nos artigos coletados foram relatadas as vivências práticas e observações a respeito das novas medidas tomadas sobre a ventilação mecânica de pacientes acometidos pela COVID-19, a fim de evitar o contágio e o aparecimento de formas graves dessa patologia, conforme mostrada no Quadro 1.

Quadro 1. Distribuição dos artigos incluídos no estudo, analisados de acordo com o título, ano e orientações encontradas

N	TÍTULO	ANO	ORIENTAÇÕES ENCONTRADAS
01	Recomendações para prevenção e controle de exposição no atendimento a pacientes portadores de COVID-19 para profissionais do atendimento pré-hospitalar e transporte de pacientes	2020	Uso do uniforme de mangas longas e botas são obrigatórios. É facultado o uso de botas de borracha cano alto na composição de uniforme durante a pandemia frente a facilidade de limpeza com água, sabão e hipoclorito de sódio à 1%;
02	Recomendações para o atendimento de pacientes suspeitos ou confirmados COVID-19, pelas equipes de enfermagem de serviços de emergência (pré-hospitalar fixo e intra-hospitalar)	2020	Recomenda-se que as equipes que prestam assistência aos pacientes suspeitos ou confirmados de COVID-19 devem ser exclusivas e permanecerão em área separada (área de isolamento) evitando o contato com outros profissionais que não estejam envolvidos diretamente nesse processo de trabalho
03	Recomendações sobre oxigenioterapia no departamento de emergência para pacientes suspeitos ou confirmados de COVID-19 (Versão 2; atualizada em 23/04/2020)	2020	O uso do Cateter nasal de alto fluxo (CNAF) pode ser considerado se houver disponibilidade de sala individual com pressão negativa e todos os profissionais devem estar com precaução para aerossolização.

04	Recomendações para o atendimento de pacientes suspeitos ou confirmados de COVID-19 pelos fisioterapeutas no departamento de emergência	2020	Recomenda-se que as equipes sejam orientadas a cada início de turno, sobre a importância do uso dos EPIs de rotina e específicos para os atendimentos de pacientes suspeitos ou confirmados de COVID-19, retomando as atualizações dos protocolos institucionais e, principalmente, das normativas oficiais do Ministério da Saúde.
05	Recomendações para ressuscitação cardiopulmonar (RCP) de pacientes com diagnóstico ou suspeita de COVID-19	2020	Nenhum procedimento deve ser realizado sem a instalação prévia do EPI completo, incluindo o início das compressões torácica e procedimentos em via aérea

Fonte: elaborado pelo autor, 2020.

Temos como embasamento a forma diferente como os profissionais lidam diante desse quadro, em que foi possível visualizar que antes da pandemia, a equipe multiprofissional atuava de determinada forma em relação à ventilação mecânica.

Contudo, com o aparecimento da COVID-19, existem restrições através da maximização de cuidados ao implantar um ventilador mecânico em determinados pacientes, como evitar ventilação assistida com o dispositivo de bolsa-válvula-máscara ou o uso de dispositivos supra glóticos pelo potencial de aerossolização e contaminação dos profissionais.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Observou-se um forte protagonismo da equipe multiprofissional frente à pandemia, mesmo estando arriscando sua própria vida, onde cada profissional dessa equipe possui um papel importantíssimo e relevante na prevenção de aparecimento de formas mais graves dos casos.

A sensibilidade e o conhecimento científico-técnico valorizaram ainda mais as práticas simples de utilização correta dos EPI´s e lavagem correta das mãos antes, durante e após cada procedimento para evitar esta doença infectocontagiosa e garantir a segurança do paciente bem como de toda a equipe, além de garantirem às orientações a população com metodologias de baixo custo dentro e fora da unidade hospitalar favorecendo assim uma boa assistência.

4. CONCLUSÃO

Junto à prática baseadas em evidências científicas ainda precoces diante desse contexto pandêmico do Coronavírus, nota-se o zelo, o cuidado e a atenção desses profissionais de saúde em melhor exercer as intervenções para salvar a vida destes pacientes, ressaltando também a minimização da contaminação da equipe mesmo diante dos riscos na qual esses profissionais também estão sujeitos.

5. REFERÊNCIAS

GATTINONI, L. *et al*. Covid-19 pneumonia: different respiratory treatment for different phenotypes? Intensive Care Medicine, 2020.

Recomendações para o atendimento de pacientes suspeitos ou confirmados de Covid-19 pelos Fisioterapeutas no departamento de Emergência. Abramede, Porto Alegre. Disponível em: < http://abramede.com.br/wp-content/uploads/2020/04/RECOMENDACOES-FISIOTERAPIA-220420.pdf >. Acesso em: 30 abr. 2020.

Recomendações para o atendimento de pacientes suspeitos ou confirmados Covid-19, pelas equipes de Enfermagem de serviços de emergência (Pré-Hospitalar fixo e intra-hospitalar). Abramede, Porto Alegre. Disponível em: < http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2020/04/RECOMENDACOES-ENFERMAGEM-200420.pdf>. Acesso em: 30 abr. 2020.

Recomendações para prevenção e controle de exposição no atendimento a pacientes portadores de Covid-19 para profissionais do atendimento Pré-Hospitalar e transporte de pacientes. Abramede, Porto Alegre. Disponível em: < http://abramede.com.br/wp-content/uploads/2020/03/recomenda%c3%87%c3%95es-para-preven%c3%87%c3%83o-e-controle-de-exposi%c3%87%c3%83o-no-atendimento-a-pacientes-portadores-de-covid-19-para-profissionais-do-atendimento-pr%c3%89-hospitalar-e-transporte-de-pacientes-02.pdf >. Acesso em: 30 abr. 2020.

Recomendações para ressuscitação cardiopulmonar (rcp) de pacientes com diagnóstico ou suspeita de Covid-19. Abramede, Porto Alegre. Disponível em: <https://www.amib.org.br/fileadmin/user_upload/amib/2020/marco/22/RCP_ABRAMEDE_SBC_AMIB-4__210320_21h.pdf >. Acesso em: 30 abr. 2020.

Recomendações sobre oxigenioterapia no departamento de emergência para pacientes suspeitos ou confirmados de covid-19 versão 2; atualizada em 23/04/2020. Abramede, Porto Alegre, 23 de abr. de 2020. Disponível em: <http://cursos.somiti.org.br/arquivos/upload_download/arquivo_upload_20200424015918.pdf>. Acesso em: 30 abr. 2020.

Capítulo 25

PROJETO PIAUÍ PRAIA ACESSÍVEL NA PRAIA DE ATALAIA, NO MUNICÍPIO DE LUÍS CORREIA – PI: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Bruno V P Costa[1], Amanda C da Silva[1], Francisca R L Rocha[1], Elaine de A Oliveira[2], Ana P N Rocha[3], Carla C B Vale[1], Maria T dos Santos[1], Carlos A F De Oliveira[1]

[1] Graduado em Enfermagem pela Faculdade UNINASAU de Parnaíba, Piauí.
[2] Graduada em Nutrição pela Faculdade UNINASAU de Parnaíba, Piauí.
[3] Graduanda em Enfermagem pela Universidade Estadual do Piauí - Campus Parnaíba, PI.

Palavras-chave: *Pessoas com deficiência; humanização da assistência; relações interpessoais.*

1. INTRODUÇÃO

Inclusão social é um conjunto de medidas para garantir que todas as pessoas participem da sociedade igualmente. Dessa forma, a inclusão é a participação na sociedade com acesso aos direitos básicos como saúde, educação, moradia, trabalho, cultura e lazer (BENTES *et al*., 2016). Nesse contexto, o Projeto Piauí Praia Acessível (PPPA) é uma ação que garante a acessibilidade de pessoas com deficiência ao Complexo Turístico da Praia de Atalaia, no município de Luís Correia – PI.

O projeto conta diversos equipamentos instalados com objetivo de garantir a melhor experiência de maneira segura e facilitada, como: cadeiras anfíbias, esteiras que dão acesso ao mar, banheiros adaptados e um local próprio para armazenar objetos.

O objetivo desse estudo foi de relatar e descrever a experiência vivenciada pelos monitores do PPPA durante o banho de mar assistido para as pessoas com deficiência, bem como verificar qual a relevância das atividades realizadas.

2. MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa descritiva do tipo relato de experiência, desenvolvida por monitores do PPPA na Praia de Atalaia, no município de Luís Correia - PI, durante o banho de mar assistido para pessoas com deficiência, no período de 30 de junho a 06 de novembro de 2019, no turno da manhã e tarde.

O público alvo foram às pessoas com deficiência física ou psíquica que não tivessem condições para banhar no mar. Para a realização do banho de mar assistido por monitores, é utilizada uma rampa de acesso ao mar e cadeiras anfíbias, que proporciona o transporte em terra e água. Além dos monitores, guarda-vidas do Corpo de Bombeiros acompanham as atividades.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O PPPA, proporcionou aos acadêmicos uma oportunidade de realizarem atividades voltadas para assistência dos usuários com deficiência física ou psíquica, procurando qualificação e humanização em seu acolhimento, promovendo aos usuários segurança, dignidade e autonomia, além da inclusão nas atividades turísticas e momentos de lazer na praia.

Dessa forma, o trabalho desenvolvido foi de fundamental relevância no processo de inclusão social desses usuários, bem como colaborou para amenizar as dificuldades ainda enfrentadas em realizar viagens de lazer, seja por ausência de acesso às instalações e serviços turísticos, seja por inabilidade ou incapacidade no atendimento preferencial e personalizado para as diferentes tipologias de deficiência. Ademais, verificou-se uma melhora da interação social desses pacientes.

4. CONCLUSÃO

Portanto, as atividades realizadas pelo PPPA estão de forma bem significativa colaborando para ajudar os usuários com deficiência física ou mental, permitindo resgatar a individualidade da pessoa, além de favorecer uma assistência mais humanizada e integradora. Dessa forma, o projeto pretende incentivar as pessoas com deficiência a usufruir do lazer, em igualdade de oportunidades com as demais pessoas visando mudar a realidade do turismo no estado a fim de promover a inclusão social e o acesso dessa

população às atividades turística com segurança e autonomia. Ademais, proporcionou uma maior interação entre pacientes, acadêmicos e equipe, demonstrando que a acessibilidade criou espaços para processos reflexivos e para idealização da autonomia responsável, através de estratégias de inclusão social que se tornam inovadores nos serviços turísticos.

5. REFERÊNCIAS

BENTES, C.C.A *et al*. A família no processo de inclusão social da criança e adolescente com autismo: Desafios na sociedade contemporânea. Trabalho de Conclusão de Curso - Revista Intertem@s, v. 11, 2016. Disponível em: http://intertemas.toledoprudente.edu.br/index.php/Social/article/view/5948. Acesso em: 15 mai. 2020.

Capítulo 26

CUIDADOS EM TEMPOS DE PANDEMIA DO NOVO COVID-19 COM NEONATOS- RELATO DE EXPERIÊNCIA

Edilany A Lima[1], Carlyne A de Sousa[1], Glícia Maria de O Damasceno[2], Vanessa S do Nascimento[1], Ingrid Lara S Oliveira[1], Rosalice A de S Albuquerque[6]

[1] Discente de Enfermagem, Centro Universitário Inta – UNINTA, Sobral/CE.
[2] Discente de Fisioterapia, Centro Universitário Inta – UNINTA, Sobral/CE.
[3] Docente de Enfermagem, Centro Universitário Inta – UNINTA, Sobral/CE.

Palavras-chave: *Neonatos; pandemia; cuidados.*

1. INTRODUÇÃO

A infecção causada pelo novo Coronavírus, o COVID-19, está sendo considerada uma emergência de saúde pública, visto pela sua alta taxa de transmissibilidade e mortalidade (FIOCRUZ, 2020), os neonatos podem estar mais susceptíveis a contrair a infecção, uma vez que tem seus sistemas imunológicos imaturos.

Atualmente, ainda não há evidência consolidada da transmissão vertical do SARS-CoV-2, não se encontrando o vírus nas amostras de líquido amniótico, cordão umbilical, swab da garganta de recém-nascido e do leite materno (FIOCRUZ, 2020).

O objetivo desse estudo é relatar a aplicação de medidas de cuidados no manejo de neonatos nascidos de mães suspeitas ou confirmadas com COVID-19.

2. MÉTODO

O presente estudo trata-se de uma pesquisa descritiva do tipo relato de experiência vivenciado em um hospital de referência, localizado no interior do estado do Ceará. O mesmo foi realizado no período do mês de março de 2020, onde foi observado o manejo dos pacientes. Por ser uma norma e rotina para todos os neonatos que chegam com

sintomas na unidade hospitalar, não é possível identificar a quantidade precisa de pacientes.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Primeiramente, foi apresentada a equipe e o setor e posteriormente foram mostrados os protocolos e rotinas organizados pela própria Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) da unidade.

Os neonatos quando nascem de mães suspeitas ou confirmadas de COVID-19 são imediatamente afastados da mãe e devem permanecer a uma distância mínima de 2 metros, O COVID-19 é extremamente contagioso, sendo que exposições frequentes a pacientes sabidamente infectados aumentam ainda mais as chances de transmissão. Sugiro reescrever este trecho. Quando a mãe ia amamentar, ela devia estar com medidas de precaução, com uso de máscara e touca e ter higienizado as mãos, braços e seios com água e sabão.

Aos neonatos sintomáticos que necessitassem de internação, deveriam ficar rigorosamente em incubadora e quarto de isolamento privativo, sendo utilizado isolamento de contato e respiratório para o mesmo, uma técnica de enfermagem exclusiva e medidas de precaução, como avental, máscara cirúrgica, protetor facial e luvas, e acrescentado máscara N95 e avental impermeável para procedimentos causadores de aerossóis.

Os neonatos assintomáticos e/ou sem contato frequente com a mãe são tratados apenas como isolamento de contato. Já aqueles neonatos assintomáticos, porém que estivesse em contato com a mãe (utilizando todas as medidas de precaução) por mais de 30 horas e que necessitassem de internação, também deviam ser tratados como isolamento de contato, além de no momento de sua admissão, o recém-nascido deveria receber um banho rigoroso com Clorexidina degermante.

Os profissionais seguiam manuseio agrupado e mínimo, devendo manejar vários profissionais ao mesmo tempo e com tempo de três em três horas, para evitar alto contágio por excesso de manuseio.

4. CONCLUSÃO

Considera-se que o embasamento teórico baseado nas evidências e a prática dinâmica da equipe multiprofissional geram conhecimentos e técnicas adequadas para que cada um possa se adaptar à nova visão pandêmica, evitando assim o contágio nos neonatos e até mesmo entre a equipe, diminuindo assim os níveis de contágios da infecção.

5. REFERÊNCIAS

Atenção à saúde do recém-nascido no contexto da infecção pelo novo Coronavírus (SARS-CoV-2). FioCruz, Rio de Janeiro, 10 de abril de 2020. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atençao-recem-nascido/atenca%cc%a7a%cc%83o-a-saude-do-recem-nascido-no-contexto-da-infeccao-pelo-novo-coronavirus-sar-cov-2/> Acesso em: 30 abr. 2020.

Capítulo 27

DIAGNÓSTICOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NA SAÚDE DA MULHER

Lidiana Almeida Costa[1], Marciel Sousa Silva[1], Tatiana Maria Melo Guimarães[2]

[1] Discente do Curso de enfermagem do Centro Universitário Santo Agostinho. Teresina/PI.
[2] Enfermeira, Professora Mestre, Centro Universitário Santo Agostinho. Teresina/PI.

Palavras-chave: *Diagnóstico de enfermagem; intervenção de enfermagem; saúde da mulher.*

1. INTRODUÇÃO

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é a organização do processo de trabalho profissional quanto ao método, pessoal e instrumentos, tornando-se possível a operacionalização do Processo de Enfermagem. Esse processo é um instrumento metodológico que orienta o cuidado profissional de Enfermagem e a documentação da prática profissional, organizando-se em cinco etapas inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes: histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, planejamento de enfermagem, implementação e avaliação de enfermagem (COFEN, 2009).

Para Cruz *et al* (2016), a SAE vem como uma ferramenta essencial no trabalho do enfermeiro, pois proporciona recursos técnicos, científicos e humanos, buscando uma maior qualidade na assistência ao paciente de forma singular, possibilitando o seu reconhecimento e valorização. As fases do Processo de Enfermagem favoreceram ainda para o desenvolvimento de vários sistemas de classificação relacionados com os diagnósticos de enfermagem e, posteriormente, com as intervenções e com os resultados de enfermagem.

Para Garcia e Nóbrega (2009), o mesmo pode ser entendido como um trabalho profissional específico que pressupõe uma série de ações dinâmicas para sua realização, ou seja, indica a adoção de um determinado método ou modo de fazer (SAE)

fundamentado em um sistema de valores e crenças morais e no conhecimento técnico-científico da área.

O processo de enfermagem é um instrumento para guiar decisões clínicas dos enfermeiros e, como tal, refere-se a aspectos cognitivos e intelectuais dos enfermeiros. No entanto, a documentação de enfermagem nos serviços de saúde, quando estruturada segundo o Processo de Enfermagem, permite estimar como o processo é operacionalizado pelos enfermeiros e, pelo menos em parte, a qualidade do cuidado de enfermagem oferecido (CRUZ *et al*., 2016).

Para Leadebal, Fontes e Silva (2010), o processo de enfermagem trata-se de uma ferramenta que, quando utilizada, torna a assistência de enfermagem sistemática, organizada em fases, tendo como objetivo orientar o profissional a ter o cuidado de promover uma qualidade melhorada ao cuidado prestado ao cliente. Representa uma alternativa de reaproximação do enfermeiro com seu cliente, entendendo-se o mesmo com um instrumento metodológico de trabalho, que possibilita a análise crítica sobre as condições de saúde do cliente e efetiva a atuação dos profissionais de Enfermagem.

O Processo de Enfermagem nada mais é um instrumento metodológico e documental proposto para guiar a sistematização da assistência. É orientada à luz de um referencial teórico e organizada em 5 etapas: Histórico de enfermagem, que é a coleta e análise dos dados sobre o problema de saúde do paciente; o diagnóstico de enfermagem que identifica o problema de saúde; planejamento que propõe metas; a implementação, que executa o plano de cuidados e avaliação, que analisa os resultados alcançados e esperados, sendo que uma depende da outra. Neste sentido, o processo de enfermagem é uma abordagem deliberada de solução de problemas que está voltada à satisfação das necessidades do referido sistema e que exige das enfermeiras habilidades cognitivas, técnicas e de relação interpessoal (RALPH & TAYLOR, 2007).

O processo de cuidar ou processo de enfermagem tem uma característica que presta o cuidado de maneira sistemática e dinâmica, promove o cuidado de forma humanizada, orienta resultados, além de impulsionar os enfermeiros a analisarem constantemente o que estão fazendo e estudarem como poderiam fazê-lo de forma melhor (TRIGUEIRO, 2013).

Decidiu-se estudar as etapas do processo de enfermagem: diagnóstico e intervenções de enfermagem por ser privativas do enfermeiro, onde poderá favorecer estratégias para elevar a qualidade das ações, aprofundar o conhecimento sobre os

benefícios desse instrumento, além de gerar dados que possam contribuir para o enriquecimento da literatura, redirecionando a um novo olhar reflexivo.

Diante disso, este estudo possibilita a reflexão sobre as necessidades assistenciais da mulher em seu contexto de vida, a partir das publicações sobre a temática contribuindo para uma melhor assistência a ser oferecida a esta clientela. Pode-se contribuir para o desenvolvimento do conhecimento individual e social, a partir da percepção crítica e das buscas cientificas. Colabora ainda para a formação de profissionais de saúde, principalmente enfermeiros, por constituir subsídio para o ensino teórico-prático e para a extensão desta temática por meio da pesquisa.

Nesta perspectiva, este trabalho tem como objetivos realizar um levantamento bibliográfico nas produções científicas sobre os diagnósticos e as intervenções de enfermagem como um instrumento de assistência na saúde da mulher; identificar os mais frequentes diagnósticos de enfermagem apresentados nas mulheres e analisar as principais intervenções de enfermagem na área de saúde da mulher evidenciadas nas publicações científicas.

2. MÉTODO

O presente estudo trata-se de uma revisão de literatura, com abordagem qualitativa, que abrange a temática diagnósticos e intervenções de enfermagem na saúde da mulher. Devido ao fato de a pesquisa se tratar de uma revisão integrativa de literatura, deu-se a partir das seguintes etapas: exploração de fontes bibliográficas, leitura do material e elaboração de fichas, ordenação de ficha e conclusões (GIL, 2010).

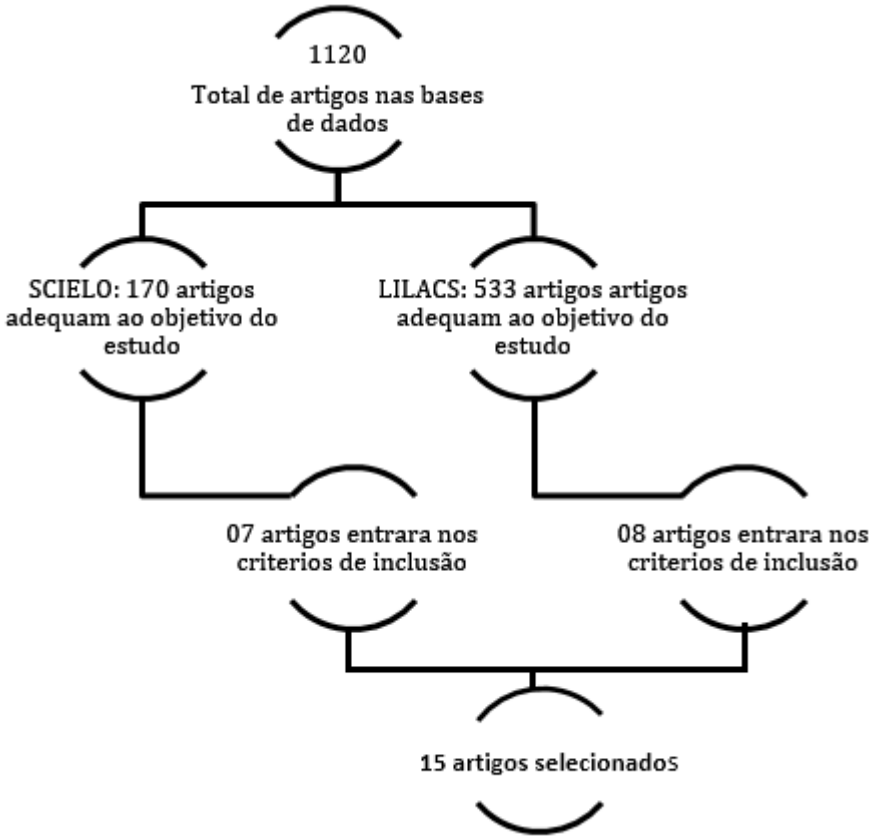
O procedimento utilizado para o desenvolvimento do artigo deu-se por meio de coleta de informações, baseado na busca por artigos, que possuíam referência sobre o assunto, indexadas no banco de dados eletrônico da *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), entre os anos de 2010 e 2019, realizadas no Brasil e disponíveis na íntegra nos idiomas português, espanhol e inglês. Foram utilizados os seguintes descritores: Diagnóstico de enfermagem, intervenção de enfermagem, saúde da mulher, processo de enfermagem.

Após a seleção das publicações que atenderem aos critérios de inclusão realizou-se a coleta de dados de interesse (autores, data e periódico de publicação, objetivos, principais resultados) e a análise dos dados através de duas etapas. Na primeira, foram identificados os dados de localização do artigo, ano e periódico de publicação, os dados

foram apresentados na forma de quadro. Na segunda etapa ocorreu a análise dos artigos, a partir de seus objetivos, metodologia empregada e resultados encontrados, sintetizando os resultados por similaridade do conteúdo.

Durante a elaboração da pesquisa fez-se um levantamento de todas as bases de dados e foram encontradas 1.120 publicações, que após a leitura do título dos artigos, observaram-se repetições nas bases de dados e outros não preenchiam os critérios desse estudo. Foram selecionados 703 estudos para leitura do resumo. Após este levantamento obteve-se 15 publicações refinados de acordo com os objetivos do estudo e distribuídos em diferentes periódicos, conforme a Figura 1 apresenta.

Figura 1. Fluxograma de busca para seleção dos estudos



Fonte: elaborada pelo autor, 2020.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir da leitura e análise do material encontrado e melhor compreensão do estudo, foram agrupadas informações relevantes dos artigos e organizados inicialmente em tabelas e quadros. A Tabela 1 apresenta a distribuição das produções científicas, segundo período de publicação, abordagem metodológica e periódico de publicação.

Tabela 1. Distribuição dos artigos de acordo com o ano, abordagem metodológica e periódico de publicação

Ano de Publicação	Nº	%
2010	01	6,66
2011	04	26,66
2012	01	6,66
2013	02	13,33
2014	01	6,66
2015	01	6,66
2016	01	6,66
2017	01	6,66
2018	01	6,66
2019	02	13,33
Abordagem Metodológica	**Nº**	**%**
Qualitativa	08	53,33
Quantitativa	07	46,66
Periódico	**Nº**	**%**
Rev Esc Enferm USP	01	6,66
Rev de Enfermagem da UERJ	02	13,33
Rev Escola Anna Nery	02	13,33
Rev Gaúcha Enferm	01	6,66
Acta Paulista de Enfermagem	01	6,66
Rev Bras. Enferm	01	6,66
Rev Online de Pesquisa	01	6,66
Rev de Enfermagem em Foco	01	6,66
Rev Rene	01	6,66
Rev Eletrônica Enferm	01	6,66
Rev Latino Americano	01	6,66
Rev Enferm	01	6,66
Outros	01	6,66

Fonte: elaborada pelo autor, 2020.

De acordo com a apresentação dos resultados dos dados avaliados após o levantamento bibliográfico, foi observado, conforme a Tabela 1, que os anos com maiores publicações foram 2011 (26,66%), seguidos de 2013 e 2019 (13,33%). Quanto à metodologia do estudo, observou-se uma pequena diversidade nos estudos analisados,

caracterizando a maior frequência de estudo qualitativos, com 8 estudos (53,33%) e quantitativo 7 estudos (46,66%).

Quanto ao periódico, percebeu-se uma quantidade igual de publicações nas revistas Revista de Enfermagem da UERJ e Revista Escola Anna Nery com representação de 13,33 % cada e os demais periódicos com 6,66% cada. Na pesquisa obteve-se 15 trabalhos científicos, lidos na integra e em seguida, distribuídos em um quadro de forma resumida nas seguintes variáveis: título, ano e principais evidências (Quadro 1). Os artigos foram enumerados do 1 ao 15 para facilitar a análise de identificação das etapas e a discussão.

Quadro 1. Distribuição dos estudos de acordo com título, ano, principais evidências

N°	TÍTULO	ANO	PRINCIPAIS EVIDÊNCIAS
01	Assistência de enfermagem à mulher lésbica e bissexual na atenção básica: protocolo de atendimento.	2018	Observou-se que ainda existem muitos pontos que não são abordados, tipo: adolescência, climatério, depressão, uso de drogas lícitas e ilícitas, apesar da importância que possuem quando se pensa na promoção à saúde integral da mulher.
02	Construção e validação de um histórico de enfermagem para consulta pré-natal.	2019	O instrumento final conta com 57 itens validados que contemplam as necessidades humanas básicas das gestantes e local para registro do exame físico.
03	Consulta de enfermagem à mulher em unidade básica de saúde da família: diagnósticos e intervenções.	2015	Foram identificados 470 diagnósticos de enfermagem, sendo 62 % (292) elaborados conforme a classificação da CIPE e 38% (178) segundo a NANDA; os cinco diagnósticos mais frequentes de cada classificação apresentaram relações entre si;
04	Consulta de enfermagem ambulatorial e diagnósticos de enfermagem relacionados a características demográficas e clínicas.	2012	Foi encontrada associação significativa entre os diagnósticos mais frequentes com determinadas características demográficas e clínicas. Os resultados confirmaram que a identificação dos diagnósticos. De enfermagem durante a consulta pode propiciar acurácia nos focos de cuidado ambulatorial.
05	Diagnósticos de enfermagem dos domínios autopercepção e Enfrentamento /tolerância ao estresse relacionados à infertilidade feminina	2016	A identificação de diagnósticos contribui para o planejamento do cuidado e enriquece a qualidade do atendimento, possibilitando o preparo destas mulheres para a conquista ou não da maternidade, por meio de intervenções de enfermagem Individualizadas, incluindo apoio emocional e psicossocial de acordo com a necessidade de cada uma.
06	Diagnóstico de enfermagem disfunção sexual em Gestantes: uma análise de acurácia	2013	Os resultados evidenciam a importância de enfocar tal diagnóstico durante o pré-natal e de conhecer a acurácia dos indicadores para um diagnóstico preciso.

07	Diagnósticos de enfermagem em pessoas acometidas pela síndrome da imunodeficiência adquirida em Terapia antirretroviral	2011	Evidenciaram que houve alteração positiva da maioria dos diagnósticos de enfermagem, tais como mucosa oral prejudicada, risco de solidão, déficit de lazer, déficit de autocuidado e ansiedade. Constatou-se que, durante a terapia, o diagnóstico de enfermagem, seguido por orientações do enfermeiro, resultou em assistência eficaz à maioria dos pacientes pesquisados.
08	Diagnósticos de Enfermagem mais Prevalentes na Internação de Pacientes com Câncer de Colo do Útero no Hospital de Câncer II	2011	Os diagnósticos de enfermagem mais frequentes foram: risco para infecção (30 casos); risco para dor (24 casos); comportamento para elevar nível de saúde (11 casos); medo (10 casos) e incontinência por pressão (5 casos)
09	Diagnósticos de enfermagem no pós-operatório de Mastectomia	2013	Foram analisados 185 prontuários. Os cinco diagnósticos de enfermagem mais frequentes foram: Risco de Infecção (95,1%), Ansiedade (48,6%), Medo (41,6%), Dor Aguda (14,5%) e Mobilidade Física Prejudicada (11,3%).
10	Instrumento para consulta de enfermagem a gestantes com diabetes mellitus.	2019	A elaboração de instrumento para orientar a consulta de enfermagem a gestantes com diabetes mellitus representa relevante tecnologia para educação em saúde e fornece direcionamento ao profissional, permite a otimização da comunicação entre enfermeiros e gestantes, visa promoção da qualidade de vida.
11	Violência contra a mulher e suas consequências	2014	As consequências da violência a mulher foram distúrbios do sono, alimentação inadequada, Falta de energia, dores pelo corpo, hematomas, escoriações, síndrome do pânico, tristeza, solidão e baixa autoestima, que determinaram danos psicoemocionais e físicos
12	Amamentação: a prática do enfermeiro na Perspectiva da Classificação Internacional de Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva	2010	O diagnóstico Amamentação Adequada foi o mais frequente e as intervenções mais acionadas relacionam- se ao fortalecimento da usuária frente ao processo saúde-doença (68,9%). Apesar da atuação do Enfermeiro no puerpério, esta competência não consta do Protocolo do Programa.
13	Diagnósticos de enfermagem para mulheres idosas com vulnerabilidade ao HIV/aids	2017	Foram classificados 70 diagnósticos de enfermagem no quadro conceitual de vulnerabilidade de Ayres e na teoria do autocuidado de Orem, e foram construídas as suas definições operacionais, em que 75,7% destas foram validadas.
14	Diagnósticos de enfermagem da NANDA no período Pós-parto imediato e tardio	2010	Entre os diagnósticos identificados, destacaram-se: conhecimento deficiente; Risco para infecção; integridade tissular prejudicada; amamentação eficaz; ansiedade; nutrição desequilibrada, menos do que as necessidades corporais; disposição para processos familiares melhorados; risco de integridade da pele prejudicada; e insônia. Foram encontrados indícios de novos diagnósticos: risco de amamentação interrompida, risco de amamentação ineficaz. Os resultados indicam áreas para o direcionamento das ações de enfermagem no pré-natal e puerpério e a necessidade de Acompanhamento mais próximo da puérpera do que o previsto nas políticas de saúde.
15	Revisão integrativa das intervenções de enfermagem utilizadas para detecção precoce do câncer cérvico-uterino	2011	A amostra desta revisão constitui-se de 7 artigos, com níveis de evidência 1, 2 ou 3. Tanto as intervenções comportamentais como as cognitivas e sociais mostraram efeitos positivos na detecção precoce do CCU, com destaque para as intervenções cognitivas interativas.

Fonte: elaborada pelo autor, 2020.

Diante das apresentações das publicações o estudo permitiu fazer uma análise de duas categorias temáticas que estão evidenciadas a seguir no Quadro 2.

Quadro 2. Distribuição dos artigos de acordo com o foco dos estudos

ARTIGOS	FOCO DOS ESTUDOS
2, 4,5,6,7,8,9, 11, 12, 13,14	Diagnósticos de enfermagem mais frequentes na saúde da mulher.
1,3,10,15	Intervenções de enfermagem na área da saúde da mulher.

Fonte: elaborado pelo autor, 2020.

3.1. Diagnósticos de enfermagem mais frequentes na saúde da mulher

Bittencourt e Crossetti (2013), definiu-se o diagnóstico de enfermagem como um julgamento clínico das respostas do indivíduo, da família ou da comunidade, aos processos vitais ou aos problemas de saúde atuais ou potenciais, que fornecem a base para a seleção das intervenções de enfermagem para atingir resultados pelos quais o enfermeiro é responsável. Com o uso dos diagnósticos espera-se identificar os problemas do cliente no âmbito de resolução da enfermagem; criar uma linguagem própria e identificar lacunas nas intervenções.

Precipuamente, para Tavares *et al.* (2019) a consulta de enfermagem no pré-natal é uma poderosa ferramenta para o cuidado clínico de enfermagem, configurando-se como um importante momento para orientações e planejamento de ações a serem desenvolvidas no decorrer do período gestacional. Dessa forma, o enfermeiro que trabalha no âmbito do Sistema Único de Saúde é um dos profissionais essenciais para efetuar essa assistência de pré-natal, por ser qualificado para atuar com estratégias de promoção à saúde, prevenção de doenças e utilizar a humanização no cuidado prestado. Para tanto, ele elabora o plano de assistência de enfermagem na consulta de pré-natal, conforme necessidades identificadas e priorizadas, estabelecendo as intervenções, orientações

De acordo com Queiroz *et al.* (2013) a ocorrência de gravidez na adolescência é um fato rotineiro e comum nessa classe social, o período gestacional representa, para algumas adolescentes, a expressão máxima da feminilidade, o que confirma a identidade sexual. Pode-se dizer que as causas da gravidez na adolescência não se referem exclusivamente à desinformação sexual, mas ao desejo universal de ter um filho na

adolescência, seja para a adolescente testar a sua feminilidade através da constatação da sua capacidade reprodutiva, seja pelo próprio desejo de ter um filho. Com isso, eleva-se a autoestima o suficiente para que, em muitos casos, essas mulheres enfrentem as dificuldades emocionais da gravidez e consigam conciliar o exercício da sexualidade ao estado gestatório.

Queiroz *et al.* (2013), identificaram em seu estudo características e manifestações relacionadas ao período gestacional, sendo elas o aumento do abdômen, dispareunia e diminuição da lubrificação. A literatura aponta ainda autoimagem negativa como um sintoma comum na gravidez, e que o aumento volumétrico das mamas e do abdômen, o ganho de peso exacerbado e outras alterações comuns à gestação provocam, por vezes, efeito antierótico. A percepção modificada de si mesma e do próprio corpo e o desconhecimento do que acontece física e emocionalmente canalizam para a insegurança, comprometendo o desempenho sexual.

No que se refere ao puerpério ou pós parto, é nesta etapa ocorre concomitante o efetivo exercício da maternidade, na qual a mulher experimenta profundas modificações, por tanto o conhecimento deficiente apresentou-se em 100% das puérperas, envolvendo diferentes tópicos: armazenamento do leite materno (97,5%); cuidados prestados a sua criança (90%); ordenha do leite materno (87,5%); amamentação (85%); alimentação materna no pós-parto (75%); cuidados com as mamas (45%); cuidados com incisão cirúrgica abdominal ou perineal ou laceração (10%). O fator relacionado para este diagnóstico esteve ligado à falta de exposição à informação profissional e fator cultural. As participantes alegaram não terem recebido orientações sobre estes assuntos no pré-natal ou que receberam informações superficiais (VIEIRA *et al.*, 2010).

De acordo com Chaves *et al.* (2011), assistência de Enfermagem à puérpera é de fundamental importância para evitar as lesões de mamilo e promover o aleitamento materno como uma experiência positiva e satisfatória para a mulher. As orientações durante o pré-natal são relevantes, porém muitas vezes depois do parto a atuação profissional se faz imprescindível. Considerando que para um parto sem intercorrência a permanência da mulher na Maternidade é de poucos dias, é justamente nos profissionais da atenção básica, principalmente na Enfermeira, que a puérpera se apoiará.

E no mais identificou-se que 97,5% das puérperas apresentaram um possível diagnóstico de enfermagem, o de risco de amamentação interrompida, tendo como fatores de risco a falta de conhecimento sobre armazenamento do leite materno, falta de conhecimento com relação à ordenha e o emprego materno. O risco para amamentação

ineficaz pode levar à quebra da continuidade do processo de amamentação, consequentemente à amamentação interrompida, e se este não for resolvido, pode surgir o desmame. Outro diagnóstico identificado foi baixa autoestima evidenciada em 30% das puérperas, relacionada à falta de reconhecimento do companheiro e distúrbio na imagem. (VIEIRA *et al.*, 2010).

Bezerra *et al*. (2016), em seu estudo sobre infertilidade, as evidências encontradas nas pesquisas supracitadas estão em consonância com os diagnósticos de enfermagem focados em problema identificados com maior frequência neste estudo. Tais diagnósticos descrevem respostas humanas a condições de saúde ou processos vitais existentes em um indivíduo. Ansiedade foi o diagnóstico de enfermagem focado em problema apresentado com maior frequência de ocorrência.

O estudo realizado por Franzen *et al*. (2012), evidenciou a ansiedade também como diagnósticos de enfermagem mais frequentes na saúde da mulher, além de conhecimento deficiente, conforto prejudicado e integridade tissular prejudicada.

Para Lopes *et al.* (2013) ao se tratar de mastectomia**,** foram identificados 21 diagnósticos de enfermagem, sendo que os diagnósticos de Risco de Infecção (95,1%), Ansiedade (48,6%) e Medo (41,6%) foram os que mais apresentaram. Os diagnósticos da esfera psicossocial constavam em 98 (53%) dos 185 prontuários analisados. Ansiedade e medo foram os diagnósticos mais descritos pelos enfermeiros, dados que corroboram com o estudo de Vieira *et al.* (2010) quando se trata de diagnósticos de abrangência biofisiológica.

No câncer de colo de útero, os diagnósticos que mais se destacaram foram: conhecimento deficiente relacionados a limitação cognitiva, caracterizado por percepção incorreta acerca do estado de saúde, ansiedade relacionado a mudança no estado de saúde caracterizado por preocupação e angústia, integridade da pele prejudicada, relacionada a fatores mecânicos, risco de infecção relacionado a procedimentos invasivo e pele rompida (CORRÊA, 2011).

Os diagnósticos de enfermagem referentes as condições cognitivas e comportamentais identificados por Santos *et al*. (2017), em seu estudo relacionado a vulnerabilidade da mulher idosa ao HIV/aids destacam-se, o aprendizagem sobre saúde; prevenção e tratamento prejudicados; autoestima negativa e conhecimento em saúde ausente e os diagnósticos de enfermagem relacionados com as condições comportamentais foram, déficit de autocuidado para tratamento e para prevenção;

autonomia para tomada de decisão ausente; comportamento sexual prejudicado e enfrentamento ineficaz.

Brasileiro e Cunha (2011), realizaram um estudo que teve como objetivos conhecer e avaliar os diagnósticos de enfermagem em pessoas acometidas pela Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), antes e após o atendimento ambulatorial e a consulta de enfermagem. Diante desses objetivos, foi possível afirmar que alguns dos diagnósticos não apresentaram alteração, tais como: de risco para infecção, integridade da pele, insônia, sofrimento moral e disfunção sexual. Os diagnósticos de nutrição alterada, mucosa oral prejudicada, risco de solidão, baixa autoestima, déficit de autocuidado e ansiedade sofreram alteração após as orientações de enfermagem, o que indica a qualidade no cuidado.

Ainda para provocar discussões e despertar a importância da saúde da mulher de forma ampla, destaca-se a pesquisa dos autores Netto *et al.* (2014), onde foi evidenciada violência contra a mulher e suas consequências, foram verificados os danos físicos, morais e psicológicos. Reconheceu-se o comprometimento da conservação de energia das mulheres caracterizado por distúrbios do sono e repouso, desgaste físico, sensação constante de cansaço, alimentação inadequada, fraqueza, falta de energia e distúrbios do trato intestinal. O autor destaca ainda que a assistência de enfermagem das mulheres diante da conservação da integridade estrutural no exame físico é essencial, pois é através da inspeção e da observação da integridade cutânea, que é possível investigar e detectar a presença de lesões na pele. Na ocasião da anamnese e do histórico, a mulher pode revelar os processos de doença vivenciados, bem como as reações inflamatórias e imunológicas, devendo ser realizados os encaminhamentos as redes de apoio.

3.2. Intervenções de enfermagem na área da saúde da mulher

A determinação das intervenções de enfermagem constitui uma das etapas da terceira fase do processo de enfermagem, ou seja, o planejamento da assistência. Assim como ocorre com os diagnósticos de enfermagem e a variada terminologia utilizada para expressá-los, há diversas nomenclaturas empregadas para descrever as condutas das enfermeiras na prática assistencial. Esta etapa envolve a pessoa sob o cuidado de enfermagem e os procedimentos necessários para sua promoção, cuidado, melhoria e restauração de saúde, ademais do local onde o cuidado ocorrerá. A família, a equipe de

enfermagem ou de saúde, os serviços a serem disponibilizados para o cuidado, estão introduzidos neste processo de planejamento (GERK & BARROS, 2005).

A tomada de decisão do enfermeiro, que orienta o exercício profissional autônomo, implica uma abordagem sistêmica e sistemática. Na tomada de decisão, o enfermeiro identifica as necessidades de cuidados de enfermagem individual ou de um grupo (família e comunidade). Após efetuada a correta identificação da problemática do cliente, as intervenções de enfermagem são prescritas de forma a evitar riscos, detectar precocemente problemas potenciais e resolver ou minimizar os problemas reais identificados (COFEN, 2001).

Filgueiras *et al.* (2019) tratam da importância dos profissionais de enfermagem, por meio da consulta de enfermagem, no engajamento da gestante no autocuidado e na resolução das necessidades humanas básicas, com intuito de proporcionar melhor nível de saúde. É necessário que o enfermeiro desenvolva um olhar holístico para com os usuários durante suas consultas, sempre buscando integrar científico com saberes adquiridos pelo enfermeiro em sua prática e as percepções do próprio usuário sobre sua condição de saúde ou de doença. O desenvolvimento da consulta de enfermagem demanda dos enfermeiros a obtenção de habilidades e conhecimentos, o que exige estudos que possibilitem o encontro de soluções para problemas detectados.

Comparini *et al.* (2015) realizaram um estudo com o objetivo de descrever os diagnósticos e intervenções de enfermagem mais frequentes entre as mulheres que realizaram a consulta de enfermagem em uma Unidade Básica de Saúde da Família. Nesta pesquisa foi possível identificar que as intervenções de enfermagem estão relacionadas ao importante papel de educador que o enfermeiro desenvolve na atenção primária à saúde.

Vasconcelos *et al.* (2011) evidenciaram em seu estudo sobre neoplasias do colo uterino que as sessões educativas, com discussões em grupo, melhoraram o conhecimento das mulheres a respeito do exame, bem como influenciaram positivamente as mesmas em relação à intenção de realizá-lo. No entanto, para realizar ações educativas em saúde mais dialogadas e participativas, torna-se fundamental que os profissionais de saúde, dentre eles os enfermeiros, consigam, em sua prática profissional, promover o acolhimento e construir vínculos com os sujeitos assistidos, com vistas a compreender, reconhecer e se comprometerem em atender suas necessidades de saúde.

Em seu estudo, Crispin *et al*. (2017) afirmaram que homossexualidade feminina é um tema que claramente provoca grande desconforto aos profissionais de saúde. Desse

modo, faz-se necessário que os enfermeiros repensem sua postura profissional no que diz respeito à assistência a esse grupo específico de mulheres, que deixem de lado seus preconceitos e busquem conhecimentos através de atualizações, capacitações, treinamentos em saúde que façam menção a essa temática.

O vínculo do profissional de saúde com esse público é fundamental para que haja uma assistência adequada. No entanto, é visto que essa assistência ainda é prestada de forma errônea, uma vez que a saúde de cada mulher irá depender de suas especificidades, como exemplo disto a sua orientação sexual.

4. CONCLUSÃO

Conclui-se que o diagnóstico de enfermagem é uma tecnologia de cuidado privativa do enfermeiro, que necessita de um corpo de conhecimento para desempenhar suas práticas, contribui para o planejamento e execução de um plano de cuidados direcionado a cada mulher. É fundamental para a obtenção de melhor qualidade no atendimento e para a identificação dos problemas do paciente, bem como para a posterior formulação das intervenções de enfermagem.

Diante de tudo que foi exposto ao longo do trabalho, fica evidente a relevância do profissional de enfermagem, visto que é uma das profissões que tem que oferecer atenção a essas mulheres, são os profissionais que estão mais próximos durante a sua assistência, seja na unidade hospitalar ou na unidade básica de saúde. A interação entre o profissional e o paciente, neste sentido, torna-se imprescindível, pois propicia a fundamentação para que sejam validados os cuidados necessários. Fica evidente que a realização da consulta de enfermagem pressupõe necessariamente a aplicação do processo de enfermagem, que permite que o enfermeiro determine os diagnósticos de enfermagem e as intervenções de enfermagem correspondentes.

Assim, acredita-se que os resultados deste estudo foram satisfatoriamente alcançados e poderão contribuir para um melhor atendimento à mulher, possibilitando aos profissionais da saúde atingir resultados estabelecidos. Porém, é importante e necessário a realização de novos estudos para aprofundar o tema, como também enfatizar mais a importância do processo de enfermagem como ferramenta que guia a assistência de enfermagem.

5. REFERÊNCIAS

BEZERRA, A.C. *et al.* Diagnósticos de enfermagem dos domínios autopercepção e enfrentamento/tolerância ao estresse relacionados à infertilidade feminina. Revista Eletrônica de Enfermagem v. 18, p. 117, 2016.

BITTENCOURT, G.K.G.D. & CROSSETTI, M.G.O. Habilidades de pensamento crítico no processo diagnóstico em enfermagem. Revista da Escola de Enfermagem da USP. v. 47, p. 341, 2013.

BRASILEIRO, M.E. & CUNHA, L.C. Diagnósticos de enfermagem em pessoas acometidas pela síndrome da imunodeficiência adquirida em terapia antirretroviral. Revista Enfermagem UERJ, v. 19, p. 392, 2011.

CORRÊA, L.D. Diagnósticos de Enfermagem mais Prevalentes na Internação de Pacientes com Câncer de Colo do Útero no Hospital de Câncer II. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Rio de Janeiro, 2011. Disponível: https://www.inca.gov.br/bvscontrolecancer/publicacoes/Diagnosticos_de_enfermagem_mais_prevalentes_na_interna%C3%A7%C3%A3o_de_pacientes_com_c%C3%A2ncer_de_colo_do_utero_Correa_Lilian_Diniz_2011.pdf. Acesso: 17 mar. 2020.

COMPARINI, H. *et al*. Consulta de enfermagem à mulher em unidade básica de saúde da família: diagnósticos e intervenções. Nursing, v. 18, p. 1017, 2015.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Divulgar. Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. Enquadramento conceptual. Enunciados descritivos. Ordem dos enfermeiros, 2001.

COFEN- Conselho Federal de Enfermagem. Resolução Cofen n° 358/2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes públicos ou privados em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem e dá outras providencias. 2009. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html. Acesso em: 30 ago. 2019.

CHAVES, M.M.N. *et al*. Amamentação: a prática do enfermeiro na perspectiva da Classificação Internacional de Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 45, p. 199, 2011.

CRUZ, D.A.L.M. *et al*. Documentação do processo de enfermagem: justificativa e métodos de estudo analítico. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 69, p. 183, 2016.

CRISPIM, J.E.B. *et al*. Assistência de enfermagem à mulher lésbica e bissexual na atenção básica: protocolo de atendimento. Revista Online de Pesquisa UFRJ. v. 10, p. 34, 2017.

FILGUEIRAS, T.F. *et al.* Instrumento para consulta de enfermagem a gestantes com diabetes mellitus. Revista Rene. v. 20, p. 40104, 2019.

FRANZEN, E. *et al.* Consulta de enfermagem ambulatorial e diagnósticos de enfermagem relacionados a características demográficas e clínicas. Revista Gaúcha de Enfermagem, v. 33, p. 42, 2012.

GARCIA, T.R. & NÓBREGA, M.M.L. Processo de enfermagem: Da teoria à prática assistencial e de pesquisa. Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem. v. 13, p. 188, 2009.

GERK, M.A.S. & BARROS, S.M.O. Intervenções de enfermagem para os diagnósticos de enfermagem mais frequentes em dois serviços públicos de assistência à saúde da mulher. Acta Paulista de Enfermagem, v. 18, p. 260, 2005.

GIL, A.C. Como elaborar projetos de pesquisa. 5 ed. São Paulo: Atlas, p. 46-64, 2010.

LEADEBAL, O.D.C.P. *et al.* Ensino do processo de enfermagem: planejamento e inserção em matrizes curriculares. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 44, p. 190, 2010.

LOPES, M.H.B.M. *et al.* Diagnósticos de enfermagem no pós-operatório de mastectomia. Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem, v. 17, p. 354, 2013.

NETTO, L.A. *et al*. Violência contra a mulher e suas consequências. Acta Paulista de Enfermagem, v. 27, p. 458, 2014.

NÓBREGA, R.V. *et al.* Diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para crianças na Clínica Pediátrica de um hospital escola. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 64, p. 501, 2011.

QUEIROZ, C.N.S.A. *et al.* Diagnóstico de enfermagem disfunção sexual em gestantes: Uma análise de acurácia. Revista de Enfermagem UERJ, v. 21, p. 705, 2013.

RALPH, S.S. & TAYLOR, C.M. O Processo de enfermagem. 6.ed, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. p. 2-14. 2007.

SANTOS, M.C.F. *et al.* Diagnósticos de enfermagem para mulheres idosas com vulnerabilidade ao HIV/aids. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 71, p. 518, 2018.

TAVARES, D.S. *et al.* Construção e validação de um histórico de enfermagem para consulta pré-natal. Enfermagem em Foco, v. 10, p. 35, 2019.

TRIGUEIRO, E.V. Ensino do processo de enfermagem: significados e percepções docentes na formação do enfermeiro. Dissertação (mestrado)- Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Centro de Ciências da Saúde, Departamento de enfermagem, Natal, 2013. Disponível em: https://repositorio.ufrn.br/jspui/bitstream/123456789/14784/1/ElizabethVT_DISSERT.pdf. Acesso em: 03 out. 2019.

VASCONCELOS, C.T.M. *et al.* Revisão integrativa das intervenções de enfermagem utilizadas para detecção precoce do câncer cérvico-uterino. Revista Latino-Americana de Enfermagem. v. 19, p. 2, 2011.

VIEIRA, F. *et al.* Diagnósticos de enfermagem da NANDA no período pós-parto imediato e tardio. Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem. v. 14, p. 83, 2010.

Capítulo 28

ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO E O PAPEL DO ENFERMEIRO NA SUA ADESÃO

Bruna A Gomes[1], João B de Carvalho Silva[1], Andressa S de Carvalho[1], Renato Juvêncio[1], Andreia de C Pacheco[2], Francisca R L G de Morais[3], Antônia F R da Silva[4] & Antônia S de Jesus Sousa[5]

[1] Discente de Enfermagem, Universidade Federal do Piauí, Picos/PI.
[2] Graduada em Enfermagem, Universidade Federal do Piauí, Picos/PI.
[3] Especialista em Enfermagem, Universidade Federal do Piauí, Teresina/PI.
[4] Mestre em Enfermagem, Universidade Federal do Piauí, Teresina/PI.
[5] Docente do Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Piauí, Picos/PI.

Palavras-chave: *Enfermagem obstétrica; gestante; desmame.*

1. INTRODUÇÃO

O aleitamento materno exclusivo (AME) é reconhecido a curto e longo prazo pelas suas múltiplas vantagens, uma vez que sua composição contém substâncias essenciais como gorduras, proteínas e carboidratos que são imprescindíveis para o desenvolvimento do bebê. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde (MS), as crianças até os seis meses de vida devem receber exclusivamente o leito materno, e só após esse período, a alimentação deve ser complementada com alimentos sólidos e líquidos (SILVA *et al.*, 2018).

Estudos evidenciam que no mundo, somente 35% das crianças recebem AME durante os primeiros quatro meses de vida, e no Brasil infere-se que a duração mediana deste aleitamento é de 1,4 meses. Esses dados perpassam sinais de alerta, uma vez que a deficiência na amamentação ou o desmame precoce podem acarretar sérias consequências para o binômio mãe-bebê (SARDINHA *et al*., 2019).

Sabe-se ainda que a amamentação é um processo complexo e que sua adesão não depende apenas da mãe. Os fatores que influenciam a eficácia ou não desse processo são inúmeros, dentre eles a cultura ao qual essa mãe está inserida, a estabilidade financeira, a confiança profissional, persuasão verbal de pessoas influentes em prol da amamentação,

e o apoio da equipe profissional que estimule e forneça informações necessárias para evitar problemas que levem ao desmame precoce (FREITAS *et al.*, 2018).

Embora o profissional de saúde seja um mediador importante quanto à adesão da amamentação por parte das gestantes ainda no pré-natal, muitos profissionais se deparam com situações diversas que inviabilizam uma amamentação eficaz (FREITAS *et al.*, 2018). Diante da relevância do AME surge o seguinte questionamento: Quais os desafios na implementação do aleitamento materno exclusivo e o papel do enfermeiro neste contexto?

Justifica-se este estudo pela importância de compreender melhor o AME, e as dificuldades existentes que os profissionais enfrentam para esta adesão, a fim de proporcionar um melhor subsídio às mães e evidenciar as lacunas existentes sobre os vários aspectos do AME e o seu real valor, contribuindo assim, para um recorte mais adequado de orientações e acompanhamento para ultrapassar esses obstáculos.

Nesse contexto, o presente estudo tem como objetivo descrever os principais entraves e o papel do enfermeiro frente às dificuldades da implementação do AME.

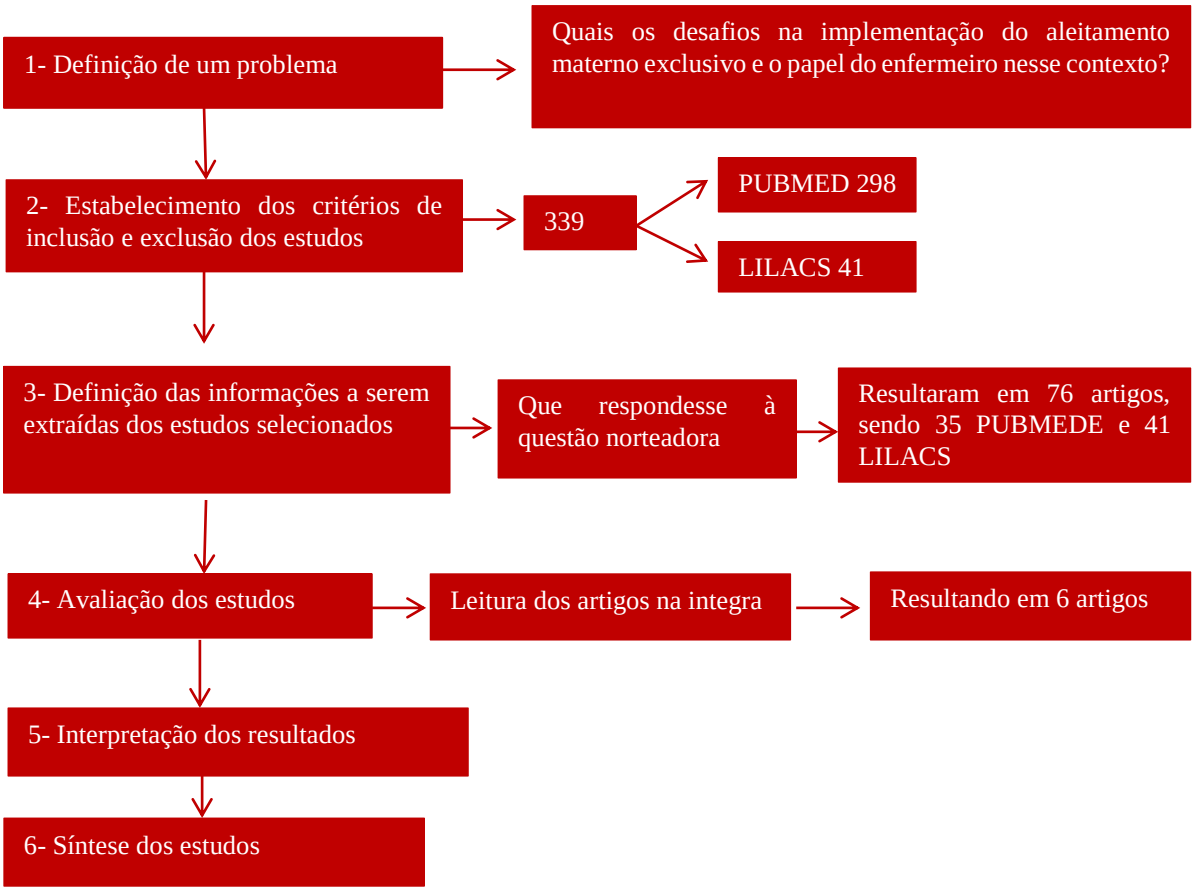
2. MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, com o intuito de reunir e sintetizar resultados de pesquisas sobre um determinado tema ou questão, permitindo a agregação de evidências na prática clínica. Esse método de pesquisa, por sua vez, é dividido em seis etapas: definição de um problema, estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão do estudo, definição das informações, avaliação dos estudos, interpretação dos resultados e síntese do estudo, como mostrado na Figura 1 (MENDES *et al.*, 2008).

Como estratégia de investigação, foram utilizadas permutações das seguintes palavras- chave, utilizando com auxílio o DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) e MeSH (*Medical Subject Headings*): Período pós-parto (*Postpartum Period*), Enfermagem Obstétrica (*Obstetric Nursing*), Gestantes (*Pregnant Women*), Papel do Profissional de enfermagem (*Nurse´s role*), Cuidados de enfermagem (*Nursing care*), Aleitamento Materno (*Breast Feeding*), Desmame (*Weaning*), que foram interseccionados pelo operador boleano *AND*. A seleção foi composta por publicações listadas nas bases de dados da Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e *National Library of Medicine* (PubMed).

Para a seleção da amostra utilizou-se dos seguintes critérios de inclusão: artigos originais na íntegra, disponíveis online nas bases de dados selecionadas e publicadas nos idiomas português, inglês e espanhol, no período de 2015 a 2019, e que respondesse à pergunta norteadora. Foram excluídos do estudo: monografias, dissertações, teses, livros, artigos de revisão, materiais não-científicos, artigos que não se relacionassem com a temática e os artigos duplicados em base de dados.

Figura 1. Fluxograma de escolha dos estudos que integraram a revisão, conforme o PRISMA



Fonte: elaborada pelo autor, 2020.

A busca de dados ocorreu de janeiro a fevereiro de 2020, e a seleção dos artigos envolveu inicialmente a avaliação de títulos e resumos, e a seleção de artigos para leitura na integra. Desses, foram eliminados os que não se adequavam com a pergunta norteadora. Assim, ao final da análise foram utilizados 6 artigos para síntese do estudo.

Todavia, os estudos foram classificados em níveis de evidências, conforme proposto por Galvão (2006): no nível I, as evidências são provenientes de revisão sistemática ou metanálise de todos relevantes ensaios clínicos randomizados controlados ou oriundos de diretrizes clínicas baseadas em revisões sistemáticas de ensaios clínicos randomizados controlados; nível II, evidências derivadas de pelo menos um ensaio clínico randomizado controlado bem delineado; nível III, evidências obtidas de ensaios clínicos bem delineados sem randomização; nível IV, evidências provenientes de estudos de coorte e de caso controle bem delineados; nível V, evidências originárias de revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos; nível VI, evidências derivadas de um único estudo descritivo ou qualitativo, nível VII, evidências oriundas de opinião de autoridades e/ ou relatório de comitês de especialidades.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para compor a revisão integrativa, foram incluídos 6 artigos para a análise. No Quadro 1, são apresentados os resultados das publicações quanto ao título, delineamento, nível de evidência, ano da publicação, local do estudo, periódico, e a base de dados ao qual cada artigo foi retirado.

Quadro 1. Apresentação da síntese de artigos incluídos na revisão integrativa. Picos PI, Brasil, 2020

Nº	Título do Artigo	Delineamento	Ano	Local do estudo	Periódico	Base de dados
1	O manejo clínico da amamentação: saberes dos enfermeiros	Estudo descritivo, exploratório de abordagem qualitativa	2015	Brasil	Escola Anna Nery	LILACS
2	Prática de enfermeiras na promoção do aleitamento materno de adolescentes brasileiras	Estudo descritivo de abordagem qualitativa	2016	Brasil	Ciência y Enfermaría	LILACS
3	Percepção da equipe de enfermagem frente ao aleitamento materno: do conhecimento à implementação.	Estudo qualitativo de abordagem descritiva	2018	Brasil	Revista Nursing	LILACS

4	Um estudo randomizado em cluster para determinar a eficácia do programa "*companheiros de alimentação*" na melhoria das taxas de aleitamento materno exclusivo entre mulheres infectadas pelo HIV na zona rural de KwaZulu-Natal, África do Sul.	Estudo randomizado controlado	2018	África do Sul	AIDS and Behavior	PUBMED
5	Envolvimento de parceiros masculinos no início e manutenção do aleitamento materno exclusivo entre mulheres pós-parto infectadas pelo HIV: protocolo de estudo para um estudo controlado randomizado.	Estudo randomizado controlado	2018	Nigéria	Maternal & Child Nutrition	PUBMED
6	Aconselhamento especializado para melhorar a amamentação precoce e exclusiva Rates: Um Estudo Experimental em uma População Urbana na Índia	Estudo randomizado controlado	2019	Índia	Indian Pediatrics	PUBMED

Fonte: elaborado pelo autor, 2020.

Observou-se que quatro (66,6%) dos artigos foram publicados no ano de 2018, um (16,6%) em 2016, e um (16,6%) em 2015. Verificou-se que três artigos (50%) foram publicados em periódicos nacionais, e esses foram estudos do tipo descritivo com abordagem qualitativa (AZEVEDO *et al*., 2015; LEAL *et al*., 2016; FASSARELA *et al*., 2018). E os outros três estudos (50%) internacionais, do tipo estudo randomizado controlado, como é apresentado (REIMERS *et al*., 2018; IHEKUNA *et al*., 2018; GUPTA *et al*., 2018).

A apresentação dos artigos selecionados para a síntese do estudo mostrou uma predominância da população estudada com sexo feminino (REIMERS *et al*., 2018; GUPTA *et al*., 2018; FASSARELA *et al*., 2018; LEAL *et al*., 2016), uma vez que o tema proposto volta-se para mulheres gestantes, porém três desses estudos utilizaram os profissionais de enfermagem como participantes, e, dessa forma, a classe masculina participou mesmo que em números reduzidos (AZEVEDO *et al*., 2015; LEAL *et al*., 2016; FASSARELA *et al*., 2018).

Quanto ao manejo clínico da amamentação, pode-se perceber nos estudos que o elo entre profissionais de enfermagem e as pacientes é imprescindível, uma vez que suas ações podem influenciar positiva ou negativamente o início e a duração da amamentação. Entre os aspectos positivos, o profissional de enfermagem pode estabelecer medidas para

o fortalecimento da confiança dessas mulheres, como promover o aconselhamento a fim de intervir contra o desmame precoce, visto que a autoeficácia no início e duração da amamentação está diretamente relacionado com a segurança da mulher em sua capacidade de amamentar (LEAL *et al*., 2016; REIMERS *et al*., 2018).

A autoeficácia em amamentar está muito interligada ao nível de conhecimento básico que as mulheres apresentam. Estudo desenvolvido na Espanha mostra que o conhecimento da maioria das mulheres foi regular, e que só 25% tiveram um nível de conhecimento bom. Concomitante a isso, os fatores sociodemográficos estão como os principais influenciadores nesse processo de amamentação, onde mulheres com maior idade, multíparas e com formação superior, estão entre as que possuem maior pontuação quanto ao conhecimento sobre os aspectos da amamentação exclusiva, isso responde o porquê de muitas mulheres não seguirem as orientações fornecidas pela equipe de saúde. (COTOVELO *et al*., 2019)

Outro aspecto relevante, na literatura consultada versa sobre a capacitação profissional quando se trata do aleitamento materno, especialmente, em mulheres adolescente e/ou soropositivas, no qual se pode observar que na maior parte dos estudos analisados, os profissionais enfermeiros sentiram-se despreparados para lidar com os aspectos da amamentação quando se deparavam com complicações enfrentadas por adolescentes em processo de amamentação. Apenas um estudo enfatizou que 100% dos profissionais eram capacitados na orientação do aleitamento materno, o desafio enfrentado pelos participantes consistia na falta de adesão das pacientes em não seguirem as orientações dadas pela equipe (FASSARELA *et al*., 2018; GUPTA *et al*., 2018; LEAL *et al*., 2016; REIMERS *et al*., 2018).

Além da falta de conhecimento da maioria das mulheres sobre o real valor do AME, outro dificultador, no processo da amamentação, é o uso de leites industrializados na introdução da suplementação, assim, para muitos profissionais, o pouco leite, ou leite insuficiente, foram apontados como principal risco para a não-adesão do AME (FREITAS *et al.*, 2018).

As discrepâncias de informações oferecidas pelos profissionais de saúde quanto à amamentação, podem estar relacionadas ao tempo de permanência da mulher no hospital, estudo aponta que 94,5% das mães receberam ajuda para amamentar e 96,9% relatam ter recebido orientações quanto à pega e à posição, dessa forma a produção do leite e sua extração, deixam de ser prioridade, isso posto fica evidente que há necessidade de

acompanhamento dos profissionais à lactante, não só no pré-natal, mas como no puerpério mediato (FIGUEREDO *et al.*, 2013).

4. CONCLUSÃO

O estudo realizado possibilitou descrever as principais dificuldades encontradas pelos profissionais de enfermagem e o seu papel na adesão à amamentação exclusiva. Portanto, fica evidente que a não-adesão ao AME está muito associado aos níveis de conhecimento que as mulheres possuem sobre os aspectos da amamentação, assim como não proceder das informações passadas pelos profissionais Dessa forma cabe aos profissionais de enfermagem procurar identificar ainda no pré-natal as fragilidades da gestante quanto ao saber amamentar, e que, além disso, desenvolva intervenções quanto à continuidade do aconselhamento e orientações no puerpério, enfatizando com as visitas domiciliares.

Uma vez que os profissionais de saúde especialmente os enfermeiros, são os principais responsáveis pela continuidade de saúde do binômio mãe-filho, e que as dificuldades encontradas para a adesão ao AME vai além de quesitos fisiológicos da mama. Há, ainda, a necessidade de mais estudos acerca dos desafios enfrentados pelos enfermeiros quando se da burocracia dentro dos serviços de saúde, assim como psicossociais de cada gestante e do próprio profissional.

5. REFERÊNCIAS

AZEVEDO, A.R.R. *et al*. O manejo clínico da amamentação: saberes dos enfermeiros. Escola Anna Nery, v. 19, p. 439, 2015.

FASSARELA, B.P.A. *et al*. Percepção da equipe de enfermagem frente ao aleitamento materno: do conhecimento à implementação. Revista Nursing. v. 21, p, 2489, 2018.

FIGUEREDO, S.F *et al.* Hospital Amigo da Criança: prevalência de aleitamento materno exclusivo aos seis meses e fatores intervenientes. Revista da Escola de Enfermagem da USP. v. 47, p. 1291, 2013.

FREITAS, M.G. Aleitamento materno exclusivo: adesão e dificuldades. Revista de Enfermagem UFPE, v. 12, p. 2301, 2018.

Galvão, C.M. Níveis de evidencia [editorial]. Acta Paulista de Enfermagem. v. 19, 2006.

GUPTA, A. *et al*. Aconselhamento especializado para melhorar a amamentação precoce e exclusiva: Um Estudo Experimental em uma População Urbana na Índia. Indian Pediatrics. v. 56, p. 107, 2019.

IHEKUNA, D. *et al*. Envolvimento de parceiros masculinos no início e manutenção do aleitamento materno exclusivo entre mulheres pós-parto infectadas pelo HIV: protocolo de estudo para um estudo controlado randomizado. Maternal & Child Nutrition. v. 14, p. 12545, 2018.

LEAL, C.C.G. *et al*. Prática de enfermeiras na promoção do aleitamento materno de adolescentes brasileiras. Ciência y Enfermeira. v. 22, p. 97, 2016.

MENDES, K.D.S *et al*. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto Contexto em Enfermagem, v. 17, p. 758, 2008.

REIMERS, P. et al. Um estudo randomizado em cluster para determinar a eficácia do programa “companheiros de alimentação” na melhoria das taxas de aleitamento materno exclusivo entre mulheres infectadas pelo HIV na zona rural de KwaZulu-Natal, África do Sul. AIDS Behavior. v. 22, p. 212, 2018.

SARDINHA, D.M. *et al*. Promoção do aleitamento materno na assistência pré-natal pelo enfermeiro. Revista de Enfermagem da UFPE, v. 13, p. 852, 2019.

SILVA, A.M. *et al.* Aleitamento materno exclusivo: empecilhos apresentados por primíparas. Revista de Enfermagem da UFPE, v. 12, p. 3205, 2018.

Capítulo 29

FATORES ASSOCIADOS AO DESCUMPRIMENTO DO CALENDÁRIO VACINAL DE CRIANÇAS ATÉ 05 ANOS

Francisca S e Silva[1], Jocilene M Batista[1], Maria E D C e Silva[2]

[1] Discentes de Enfermagem, Centro Universitário Santo Agostinho, Teresina/PI.
[2] Docente de Enfermagem, Centro Universitário Santo Agostinho, Teresina/PI.

***Palavras-chave**: Imunização; pais; resistência.*

1. INTRODUÇÃO

Imunobiológicos são definidos como uma medicação que possui ação específica no sistema imunológico estimulando a produção de anticorpos, com a finalidade de proteger contra o patógeno, constituindo uma imunidade efetiva e defensora, sendo utilizadas no combate a doenças virais e bacterianas, com o propósito de favorecer a população brasileira contra as doenças imunopreveníveis (CORREIA, 2018).

A imunização constitui um procedimento de melhor relação custo e efetividade no setor saúde, tornando assim indiscutível a importância da imunização adequada à população, principalmente durante a infância, tornando um determinante na diminuição do coeficiente de mortalidade infantil, e melhora no nível de saúde de uma comunidade, e pertence ao nível da atenção primária de baixa complexidade (MACEDO *et al*., 2017).

A caderneta de saúde da criança é um instrumento para acompanhar o cumprimento do calendário de vacinação, no qual é são anotadas todas as informações sobre as vacinas aplicadas e a data de administração, é usado em todo território nacional, como meio também de acompanhar o crescimento e desenvolvimento da criança. Diante do exposto anterior, é com o acompanhamento da caderneta da criança que se podem determinar os atrasos vacinais, e com isso analisar quais os fatores que levam os pais/responsáveis ao descumprimento vacinal dessas crianças, pois é um fator que irá gerar um grande impacto na saúde da coletividade em geral, contribuindo de forma negativa para a reincidência de doenças (CAVALCANTE *et al*., 2015).

O Programa Nacional de Imunizações do Brasil é um dos maiores do mundo, ofertando 44 diferentes imunobiológicos para toda a população, ano a ano tem avançado para proporcionar prevenção de doenças à população. O calendário Nacional de Vacinação do Brasil contempla as crianças, adolescentes, adultos, idosos, gestantes e povos indígenas. Na rotina de imunização são disponibilizadas 19 vacinas, sendo que a proteção inicia no recém-nascido, portanto vacinas são seguras e estimulam o sistema imunológico a proteger a pessoa contra doenças transmissíveis. Quando adotada como estratégia de saúde pública, elas são consideradas um dos melhores investimentos em saúde, considerando o custo-benefício (BRASIL, 2019).

Diante disso, em estudos intencionados a investigar os fatores associados ao atraso vacinal, e que interferem nessas metas, podem apontar como a tendência ao atraso vacinal em famílias de tamanho maior, principalmente quando há um número maior de filhos, por pulverizar e diminuir a renda per capita. Como também, a baixa escolaridade materna causa efeito direto sobre as condições de saúde, bem como de imunização infantil. Desse modo nas áreas em que há intensificação dos trabalhos da ESF (Estratégia Saúde da Família) com atenção básica bem estruturada, há melhora da cobertura vacinal (ABUD & GAÍVA, 2014).

O objetivo desse estudo foi analisar nas evidências científicas os fatores que levam ao descumprimento do calendário de vacinação de crianças até 05 anos. E ao se constatar o grande impacto do descumprimento do calendário vacinal de crianças, e quanto isso repercute na saúde da coletividade. A observação deste fenômeno motivou os autores deste trabalho, portanto, a realizar uma pesquisa com o enfoque no descumprimento do esquema vacinal. Neste sentido, espera-se que os resultados deste estudo possam trazer relevantes contribuições aos profissionais envolvidos no controle das doenças imunopreveníveis, para a comunidade em geral, pela identificação de fatores que levam ao descumprimento do calendário vacinal.

2. MÉTODO

2.1. Tipo de Estudo

Este estudo é uma revisão de literatura pelo método de revisão integrativa, que de acordo com Mendes, Silveira e Galvão (2008) é um tipo de pesquisa que levanta o conhecimento disponível na área, possibilitando que o pesquisador conheça as teorias

produzidas, analisando-as e avaliando sua contribuição para compreender ou explicar o seu problema de investigação. A revisão integrativa é uma abordagem metodológica referente a revisões de estudo experimentais ou não experimentais, que envolvem dados fundamentados teóricos e empíricos, com a finalidade de facilitar a compreensão completa dos assuntos analisados. A revisão incorpora vários propósitos como: definição de conceitos, informações baseadas em evidências científicas e revisão teórica e tem, como objetivo, determinar conhecimentos atuais sobre os assuntos específicos (SOUZA *et al.*, 2010).

2.2. Bases de Dados da Pesquisa

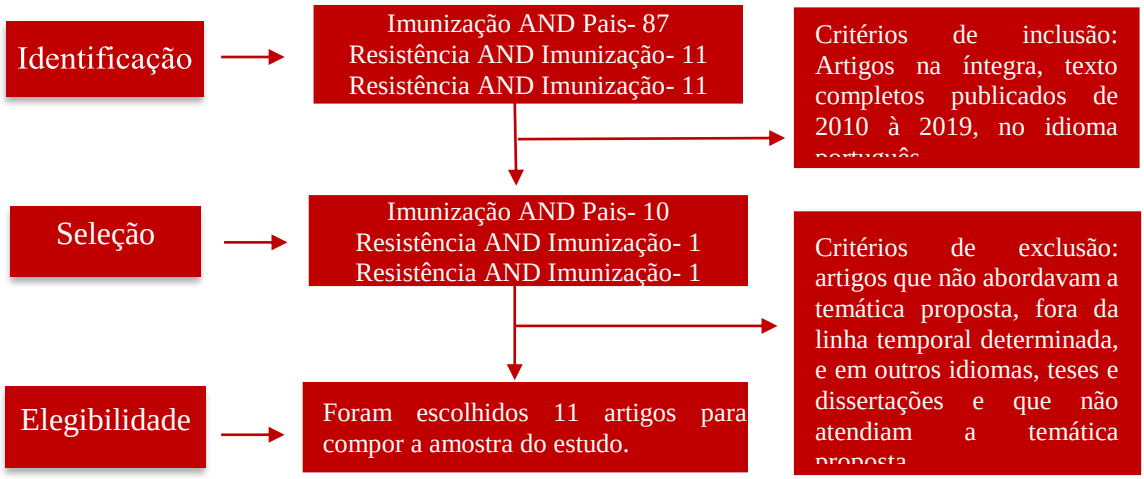
O estudo foi realizado através da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), onde estão indexadas as bases de dados utilizadas para realização desta pesquisa: LILACS (Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), e MEDLINE (*Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*).

2.2.1. Procedimento de Busca / Critérios de Inclusão e Exclusão

A coleta de dados para a pesquisa foi realizada no mês de abril de 2020, nas bases de dados mencionadas. Para realização da busca dos artigos foram utilizados descritores disponíveis no site DeCS (Descritores em Ciências da Saúde): Imunização, Pais e Resistência. Estes foram cruzados entre si, na BVS (Biblioteca Virtual de Saúde) por meio da utilização do operador boleano AND. A busca foi realizada por cruzamentos entre os descritores: (1) Imunização AND Pais que totalizou 2.521 em resultados, (2) Resistência AND Imunização, que resultou 2.455 estudos.

Após o cruzamento introdutivo referenciado, foram usados os critérios de inclusão para a filtragem da busca: artigos na íntegra, originais, publicados no período de 2010 a 2019 e escritos no idioma português. Assim, foram encontrados 87 estudos para o primeiro cruzamento dos descritores, Imunização AND Pais e 11 para o segundo cruzamento, Resistência AND Imunização. Em seguida, foram aplicados os critérios de exclusão: artigos que não abordavam a temática proposta, fora da linha temporal determinada, em outros idiomas, artigos de revisão, teses e dissertações. A seleção dos estudos, finalmente determinou 11 artigos para análise e discussão da pesquisa.

Figura 01. Fluxograma da seleção dos artigos (Amostra) do estudo, segundo os cruzamentos unidos pelo Booleano AND e a filtragem pelos critérios de Inclusão e Exclusão



Fonte: elaborado pelo autor, 2020.

2.3 Coleta e Análise de Dados

Os 11 artigos da amostra foram caracterizados com auxílio de um formulário estruturado (APÊNDICE A) que favoreceu o levantamento de dados para traçar o perfil das publicações de acordo com o título, ano de publicação, revista/periódico e bases de dados de publicação destes artigos.

A análise de dados foi realizada mediante leitura minuciosa dos estudos na íntegra, onde serão extraídas as principais ideias de cada autor, considerando os resultados evidenciados e as conclusões de cada publicação componente da amostra. Para norteamento desse procedimento de análise foi utilizado como referência a metodologia de análise temática proposta por Minayo (2012), onde foram realizadas as três fases presentes desse processo analítico: pré-análise (etapa de leitura superficial do conteúdo para identificar as principais ideias dos 11 artigos), exploração do material (fase de elaboração das categorias que componentes da pesquisa) e tratamento dos resultados obtidos/interpretação (interpretação dos resultados e comparação com a literatura existente sobre o Tema).

2.4 ASPECTOS ÉTICOS LEGAIS

A estruturação deste estudo seguiu as normas legais dispostas pela Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) que apresentam as instruções para elaboração e formatação de estudos (BRASIL, 2002) e garante a reprodução dos resultados dos artigos selecionados conforme descritos pelos seus autores.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A organização dos dados utilizados para apresentação dos resultados seguiu a ordem do formulário de fichamento dos artigos: Eixo 1, perfil das produções que se aplica na elaboração do perfil geral e da modalidade de pesquisa; Eixo 2, que trata dos resultados em evidência e conclusões (o que revelam, o que identificaram, o que concluíram) os autores das publicações. Assim os 2 quadros e as 2 tabelas possibilitaram a análise e discussão de todo o conteúdo à luz do referencial já produzido.

O Quadro 1 mostra que os títulos dos 11 artigos estão voltados aos objetivos propostos na pesquisa, focando os fatores do descumprimento do calendário de vacinação de crianças até cinco anos de idade, com ênfase no esquema vacinal de recém-nascidos de risco, no primeiro ano de vida, estendendo-se a crianças pré-escolares, especialmente na região Nordeste do Brasil. Em um estudo relacionado a cobertura vacinal em várias regiões, observou que a região Nordeste a cobertura é inferior ao preconizado pelo ministério da saúde, o estudo ainda enfatiza que esta região possui uma cobertura da estratégia saúde da família em 60% em todos os Estados (NEVES *et al* ., 2016).

Quadro 1. Distribuição dos artigos segundo o número de cada e os títulos

Nº	Título
01	Cobertura vacinal do esquema básico para o primeiro ano de vida nas capitais do Nordeste brasileiro
02	Incompletude vacinal infantil de vacinas novas e antigas e fatores associados: coorte de nascimento BRISA, São Luís, Maranhão, Nordeste do Brasil
03	Situação vacinal de recém-nascidos de risco e dificuldades vivenciadas pelas mães
04	Vacina do esquema básico para o primeiro ano de vida em atraso em município do nordeste brasileiro
05	Análise do estado de cobertura vacinal de crianças menores de três anos no município de Fortaleza em 2017
06	Conhecimento de mães sobre o calendário de vacinação e fatores que levam ao atraso vacinal infantil
07	Análise da situação vacinal de crianças pré-escolares em Teresina (PI)
08	Análise do preenchimento dos dados de imunização da caderneta de saúde da criança

09	Atraso vacinal e seus determinantes: um estudo em localidade atendida pela Estratégia Saúde da Família
10	Cobertura vacinal infantil em um serviço filantrópico de atenção primária à saúde do Município de São Paulo, Estado de São Paulo, Brasil, em 2010
11	Monitoramento rápido de coberturas vacinais pós-campanhas de vacinação no Brasil: 2008, 2011 e 2012

Fonte: elaborado pelo autor, 2020.

A Tabela 1 destaca o período de 2011 a 2015 como o de maior publicação de artigos (81,81%), evidenciando ausência nos anos de 2016 e 2017, escasso percentual em 2018 e 2019. Todos os artigos são relativos à pesquisa de campo e o percentual de 36,36% das publicações tiveram de 2 a 6 autores. 54,54% dos artigos não indicam as características dos pesquisadores, seguidos de 27,17 % que foram de autoria de graduandas (os) em Enfermagem e Enfermeira Obstetra. Quando comparados os dois últimos percentuais, verifica-se que ainda são poucos os estudos produzidos pelos enfermeiros considerando que estes, nos serviços de saúde da Atenção Primária, são os responsáveis pelas salas de vacinas, não somente pelo controle da vacinação nesta faixa etária, mas em todas as demais faixas e grupos especiais, na previsão de doses e tipos de vacinas, na busca ativa de faltosos, em registros, na avaliação do cumprimento de metas, entre outras ações.

Tabela 1. Distribuição em números absolutos e percentuais dos artigos, segundo ano de publicação, nº de autores, tipo do estudo e características dos autores

Variáveis	Agrupamento	Nº	%
Ano de Publicação	2011 a 2015	09	81,81
	2018	01	9,09
	2019	01	9,09
Subtotal	-	**11**	**100**
Número de autores	2 a 3	04	36,36
	4 a 6	04	36,36
	7 a 8	02	18,18
	10	01	9,09
Subtotal	-	**11**	**100**
Modalidade do Estudo	Pesquisa de campo	11	100
Subtotal	-	**11**	**100**
Características dos autores	Graduanda em Enfermagem, Enfermeira Obstetra	03	27,17
	Mestre, Doutora	02	18,18
	Outros	06	54,54
Subtotal	-	**11**	**100**

Fonte: elaborado pelo autor, 2020.

Segundo Araújo, Carvalho e Marinelli (2015), a enfermagem publicou quase mil artigos científicos nos últimos seis ano. No entanto apenas 15 na temática que explora a vacinação, o que significa dizer que existe um número escasso de publicações específicas, pouco significativa e mais escassa ainda, quando se trata de uma abordagem, levando-se em consideração o conhecimento referente a todos os aspectos envolvidos que garantem cumprimento do objetivo do PNI (Programa Nacional de Imunizações). Neste sentido, evidencia-se a necessidade de maior estimulação dos profissionais envolvidos para a produção de conhecimento que possa dar suporte as estratégias de implementação dessa ação que se destaca no controle das doenças imunopreveníveis.

Na Tabela 2 é evidenciada a preferência dos pesquisadores pela abordagem quantitativa para realização das pesquisas (54,54%), ou seja, estudos voltados para o conhecimento objetivo dos aspectos relacionados às ações de imunização, sendo eles exploratórios-descritivos com elevado percentual (45,45%). Quanto aos participantes dos estudos, 54,54%, foram as Crianças e Neonatos, 27,27%, foram mães e/ou cuidadores, 27,27% dos dados foram levantados por meio da entrevista e 54,54% por outras técnicas.

Tabela 2. Distribuição em números absolutos e percentuais dos artigos segundo a abordagem, tipo de estudo, participantes e técnicas utilizadas para coleta de dados

Variáveis	Agrupamento	Nº	%
Abordagem	QT	06	54,54
	QL	01	9,09
	QT-QL	04	36,36
Subtotal	-	**11**	**100**
Tipo de Estudo	Exploratório-descritivo	05	45,45
	Estudo transversal	02	18,18
	Outros tipos de pesquisa	04	36,36
Subtotal	-	**11**	**100**
Participantes	Crianças, Neonatos	06	54,54
	Mães, Cuidadores	03	27,27
	Cadernetas	01	9,09
	Dados do programa	01	9,09
Subtotal	-	**11**	**100**
Técnicas utilizadas	Entrevista	03	27,27
	Questionário	02	18,18
	Outras técnicas	06	54,54
Subtotal	-	**11**	**100**

Fonte: elaborado pelo autor, 2020.

O Quadro 2 mostra o enfoque dos pesquisadores quanto à identificação de fatores relacionados ao atraso vacinal, como forma de instrumentalizar a construção de novas estratégias de implementação das vacinas na população. As evidências são claras quanto à contribuição da organização dos serviços, das crenças, hábitos e tradições, baixa escolaridade e poder aquisitivo para o atraso vacinal das crianças na faixa etária do estudo.

Quadro 2. Distribuição dos artigos segundo a fonte, autores, objetivos e fatores relacionados ao atraso vacinal

Fonte	Objetivos	Fatores relacionados ao atraso vacinal
1. QUEIROZ, L.L.C. *et al*., 2013	Descrever a cobertura vacinal do esquema básico para o primeiro ano de vida nas capitais do Nordeste brasileiro, comparando a taxa em diferentes estratos socioeconômicos	Dificuldades em consumir os serviços regulares de saúde; Causas relacionadas a crenças, superstições, mitos e credos religiosos;
2. SILVA, F.S. *et al*., 2018	Estimar percentuais de incompletude para vacinas do Calendário Nacional de Vacinação da Criança, para o primeiro ano de vida e fatores associados a eles.	Baixa escolaridade materna, indisponibilidade de atendimento ambulatorial e/ou internação hospitalar para crianças e de vacina nos serviços de saúde. Residir com um ou mais irmãos, filhos de mães adolescentes, tabagistas.
3. LOPES, E.G. *et al*., 2013	Analisar a situação vacinal dos recém-nascidos de risco de Cuiabá-MT, bem como a satisfação e dificuldades das mães em relação à imunização.	Modo de vida, hábitos e cultura da família, instrução educacional dos pais, por não acreditarem na eficiência das vacinas ou por acreditarem que seus filhos estão naturalmente protegidos, gestão e planejamento dos serviços de saúde.
4. CAVALCANTE, C.C.F.S. *et al*., 2015	Avaliar o cumprimento do calendário básico de vacinação de crianças no primeiro ano de vida assistidas por equipes da Estratégia Saúde da Família em um município do nordeste brasileiro.	As vacinas serem tomadas em três doses, as quais coincidiram com Carnaval, Semana da Pátria e Natal, ocasiões em que a unidade de saúde não funciona e os agentes comunitários de saúde ficam em folga, e acabam não reparando imediatamente após os feriados a vacinação nas famílias sob seu cuidado, de a cidade não ter apresentado surtos da doença, Senso psicológico de tranquilidade que a criança está imune.
5. MACIEL, J.A.P. *et al*., 2019	Analisar o estado atual da cobertura vacinal (CV) de crianças menores de três anos no município de Fortaleza, CE, e sua relação com a condição socioeconômica das famílias.	Baixa escolaridade materna, maior número de filhos, maior número de moradores no domicílio, maior ordem de nascimento, mães que trabalham fora do lar, residência há menos de um ano na área, baixo conhecimento sobre as doenças imunopreveníveis.

6. ANDRADE, D.R.S. *et al.*, 2014	Identificar o conhecimento de mães de crianças com cartão de vacina em atraso sobre o calendário básico de vacinação e possíveis fatores que levam ao não cumprimento deste.	Impossibilidades de comparecer ao serviço de saúde em razão do horário de trabalho, ou devido às condições de saúde das mães, outras participantes referiram que a acessibilidade à unidade de saúde, especialmente em dias chuvosos, dificulta o cumprimento do calendário, falta dos imunobiológicos na unidade de saúde, informação recebida pelos profissionais de saúde.
7. FERNANDES, A.C.N. *et al*., 2015	Analisar a situação vacinal de crianças pré-escolares em Teresina – PI.	Falta de vacina no posto, descuido por parte do cuidador, adoecimento da criança, disponibilidade de tempo limitada dos cuidadores, e a distância.
8. ABUD, S.M. & GAÍVA, M.A.M., 2014	Analisar o preenchimento dos dados de imunização da caderneta de saúde das crianças menores de um ano.	Orientações recebidas na sala de vacina pela mãe ou responsável, conhecimento em relação às vacinas do calendário básico.
9. TERTULIANO, G.C.S, 2011	Identificar a prevalência de sintomas depressivos, atraso vacinal e o perfil dos cuidadores em relação a escolaridade, situação sociodemográfica, estado civil e conhecimento sobre vacinação.	Baixa renda, extremos de idade materna, maior número de filhos, baixa escolaridade materna, maior número de moradores no domicílio, residência há menos de um ano na área, falta de conhecimento acerca das doenças prevenidas por imunização e presença de doença na criança.
10. BARBIERI, C.L.A. *et al*., 2013	Estimar a cobertura vacinal infantil em um serviço filantrópico de atenção primária do município de São Paulo, estado de São Paulo, Brasil, em 2010.	Defasagem entre a data preconizada e a efetiva vacinação das crianças, mobilidade territorial dos usuários e seus responsáveis o que dificulta sua adesão e vínculo aos serviços, possíveis falhas locais, peculiaridades e/ou vulnerabilidade.
11.TEIXEIRA, A.S. & DOMINGUES, C.S, 2013	Descrever os resultados do monitoramento rápido de coberturas (MRC) pós-campanha de vacinação com tríplice viral (SRC) (2008 e 2011) e multivacinação com vacinas do calendário da criança (2012).	Falta de vacinas, insuficiente entrega de vacinas pelos laboratórios produtores ou a distribuição inadequada entre as esferas de gestão, acarretando a falta do produto na unidade de saúde. Não entendimento a importância do cartão de vacinação, falta de tempo.

Fonte: elaborado pelo autor, 2020.

Após os resultados que caracterizaram os artigos, em atendimento ao Eixo 1 de organização, acima mencionado, e com base no Eixo 2, que prevê a revisão integrativa dos fatores relacionados ao atraso vacinal, contidos nas publicações e sintetizados no Quadro 02 exposto acima. Em seguida, são apresentadas as 04 categorias resultantes do agrupamento dos conteúdos por similaridade semântica: a primeira denominada de crenças, superstições, mitos e credos religiosos; a segunda, baixa escolaridade / baixa

renda; a terceira, dificuldades de acesso aos serviços de saúde (vacinas); e quarta, modo de vida, hábitos, cultura e tradição.

Com esta integração foi possível se produzir este novo conhecimento de forma que os autores se fortalecem entre si com os resultados dos trabalhos analisados, ora complementando-os, ora explicando os fenômenos por eles observados na realidade experimentada por cada um, em torno da temática.

3.1. Crenças, superstições, mitos e credos religiosos

Nesta categoria, os autores evidenciam as mais variadas dificuldades enfrentadas pelos pais e/ou responsáveis para o cumprimento do calendário de vacinação de suas crianças:

> (...) as dificuldades em consumir os serviços regulares de saúde, pelas crenças, superstições, mitos e credos religiosos; Mesmo que a diferença na cobertura seja pequena, esse fato pode sugerir, de alguma maneira, falhas de registro nas salas de vacina já apontadas em comparações realizadas entre dados de inquéritos de cobertura vacinal e dados administrativos, ou ainda a não realização das vacinas nos intervalos corretos. Tal diferença remete também a possíveis dificuldades dos serviços. (QUEIROZ *et al*., 2013). [Artigo1].

> No Brasil, o Ministério da Saúde estabeleceu um amplo programa de imunizações de rotina e promove, periodicamente, campanhas com o intuito de controlar e erradicar doenças mediante vacinação maciça de crianças. Ainda assim, muitas crianças deixam de ser vacinadas pelos mais diferentes fatores, que abrangem desde o acesso aos serviços de saúde, até causas relacionadas a crenças, superstições, mitos e credos religiosos (CAVALCANTE *et al*., 2015). [Artigo 4].

Em estudo realizado por Oliveira, Martinez, Rocha (2014) ressalta que pesquisadores questionam o papel dos elementos sociais e culturais subjacentes à aceitação de vacinas pela população, a fim de compreender quão longe essa aceitação é permanente, para além da legitimidade social que a vacinação adquiriu. Para eles ocorre uma considerável diversidade de respostas, dependendo dos elementos culturais e sociais das populações e de como os investigadores abordam a questão. Provavelmente, a explicação completa necessite de estudos e análises que vão além de associações fatoriais. Muitas crianças não são vacinadas por razões que abrangem desde o nível cultural e econômico dos pais até causas relacionadas a crenças, superstições, mitos e credos religiosos, aproximando-se das evidências destacadas nos artigos do estudo.

3.2. Baixa escolaridade / baixa renda

Nesta categoria, as sínteses das evidências pontuadas abaixo, reforçam outros fatores relacionados ao descumprimento do calendário vacinal:

> (...) fatores demográficos e socioeconômicos estão associados a percentuais mais elevados de incompletude vacinal infantil, dentre eles: sexo masculino, maior ordem de nascimento da criança, trabalho materno fora do lar, baixa escolaridade materna, filhos de mães adolescentes que são chefes de família, cor de pele preta da mãe e do chefe de família e classes econômicas menos favorecidas. (SILVA *et al*., 2018). [Artigo 2].

> As condições de vida podem levar as mães a não vacinarem adequadamente seus filhos. Este fato é mais frequente nas famílias de baixa renda, baixa escolaridade materna, que enfrentam numerosas dificuldades diariamente. Grande parte das mulheres possui número elevado de filhos e, consequentemente, os trabalhos domésticos são grandes, por isso a disponibilidade do cuidador fica centralizada na garantia da alimentação e na busca de tratamento para os problemas de saúde. Assim, as atividades preventivas não são consideradas prioridade (TERTULIANO & STEIN, 2011). [Artigo 9].

Macedo *et al*. (2017), ao analisar o nível de escolaridade materna e a renda familiar das crianças com vacina em atraso, encontrou maior prevalência de mães com ensino médio completo e renda familiar de até três salários mínimos. Em outro estudo Bujes (2012), o percentual de atraso vacinal infantil se mostrou mais significativo nas famílias de baixa renda e naquelas cujas mães apresentavam principalmente ensino fundamental. O estudo de Carneiro *et al* (2013) corrobora essa estatística. Uma possível justificativa para o encontro de maior percentual de mães com ensino médio completo neste estudo é que as mães de menor escolaridade provavelmente compareceram aos postos de saúde para atualização do cartão de vacina das crianças.

Para reafirmar a participação desses fatores no descumprimento do calendário vacinal, o estudo de Santos *et al*. (2011) ressalta que nenhuma das mães tinha formação superior. Este é um ponto que merece atenção especial nessa caracterização, pois o baixo nível de escolaridade reflete diretamente na condição de saúde, já que muitas das informações recebidas relativas à imunização podem deixar de ser compreendidas. É também importante analisar-se o conhecimento de uma ou mais pessoas, porque o estudo e a capacidade de interpretação favorecem o conhecimento e a capacidade de comunicação.

3.3. Dificuldades de acesso aos serviços de saúde (vacinas)

Esta categoria, quando comparada às anteriores, se destaca por apresentar maior contribuição dos pesquisadores para a sua formação, em que os fatores para o descumprimento da vacinação remetem à diferentes dificuldades de acesso da população:

> (...) algumas participantes referiram que a realização das vacinas, de acordo com o calendário vacinal, era prejudicada por impossibilidades de comparecer ao serviço de saúde em razão do horário de trabalho, ou devido às condições de saúde das mães, outras participantes referiram que a acessibilidade à unidade de saúde, especialmente em dias chuvosos, dificulta o cumprimento do calendário, Entre os motivos que as participantes referiram influenciar no atraso do calendário vacinal destaca-se a falta dos imunobiológicos na unidade de saúde (ANDRADE; LORENZINI; SILVA, 2014). [Artigo 6].

> Os motivos mais frequentes apontados pelos pais, respectivamente, para os atrasos vacinais foram: a falta de vacina no posto; descuido por parte do cuidador e adoecimento da criança. Dentre os motivos incluídos na categoria outros, não apresentados, o mais frequente foi a disponibilidade de tempo limitada dos cuidadores suas vacinas e a distância (FERNANDES *et al*., 2015). [Artigo 7].

> Os resultados mostraram também que, no momento da imunização as orientações feitas às mães ou responsáveis pela criança eram apenas em relação ao agendamento das próximas doses de vacinas (ABUD & GAÍVA, 2014). [Artigo 8].

> A perda, neste caso, também está associada à defasagem entre a data preconizada e a efetiva vacinação das crianças. Esses dados demonstram, por um lado, credibilidade e legitimidade das ações de imunização do PNI para esse segmento populacional, conquistadas pelos serviços de atenção primária à saúde do SUS, tanto no aspecto da prática quanto na qualidade desses serviços; contudo, os mesmos dados também revelam grande mobilidade territorial dos usuários e seus responsáveis, o que dificulta sua adesão e vínculo a esses serviços e ações específicas de imunização (BARBIERI *et al*., 2013). [Artigo 10].

> Esses motivos representaram, em 2011 e 2012, ao menos 5% das razões de não vacinação. Igualmente digna de nota foi do motivo ‘falta de vacinas’, apontado em 2012 como a segunda causa de não vacinação pelos entrevistados, corroborando o desabastecimento real da vacina tetra e da DTP em todo o país. Além da dificuldade na distribuição da vacina pentavalente e da vacina contra a poliomielite inativada, outros exemplos indicam que as metas estabelecidas pelo PNI podem ter sua efetividade comprometida por fatores externos à sala de vacinação, como a insuficiente entrega de vacinas pelos laboratórios produtores ou a distribuição inadequada entre as esferas de gestão, acarretando a falta do produto na unidade de saúde (TEIXEIRA & DOMINGUES, 2013). [Artigo 11]

Em um estudo realizado com alguns entrevistados, as dificuldades enfrentadas eram provenientes do difícil acesso, funcionamento e a falta de vacinas no serviço de saúde. As referentes ao acesso diziam respeito não só à localização como também às paralisações devido a greves que às vezes ocorrem. Deve existir também uma

preocupação da equipe de saúde em relação às áreas de difícil acesso, realizando, deste modo, um planejamento para que essas pessoas não deixem de ser imunizadas. Para tanto, a alternativa é a realização da vacinação extramuro, na qual a equipe de saúde vai ao encontro destes indivíduos que residem nestas áreas (SOUSA *et al.*, 2012).

De acordo com Ivo e Pereira (2016), a resposta mais citada pelos entrevistados em um estudo foi o motivo de não encontrarem vacina no posto de saúde. Outra causa foi a falta de informação correta por alguns profissionais de saúde, mais precisamente médicos, que desconhecem as recorrentes mudanças do calendário vacinal. O inadequado funcionamento de um núcleo de imunização hospitalar e/ou a parceria com a gestão de Saúde Municipal contribuíram para o atraso.

Dessa forma, os estudos apontam uma diversidade de dificuldades operacionais ligadas ao planejamento e implementação da vacinação, de ingerência dos serviços de saúde e de qualificação dos profissionais de saúde que se constituem fatores contribuintes para o descumprimento do calendário vacinal e consequentemente para a ineficácia dessas ações, vez que as crianças nesta situação permanecem expostas ao risco de adoecerem por doenças que poderiam ser evitadas pelos imunobiológicos.

3.4. Modo de vida, hábitos, cultura e tradição

Esta quarta e última categoria apresenta uma menor contribuição dos pesquisadores, quantitativamente, mas os conteúdos são bastantes claros quando tratam da influência dos fatores relacionados ao modo de vida, incluindo os hábitos da população mantidos por vezes pelos laços culturais e pela tradição quanto à negação da importância da vacinação, que se fazem muito presentes em famílias menos favorecidas social e economicamente, conforme explicitam os autores dos trechos seguintes:

> Em relação às vacinas atrasadas, chama a atenção os casos em que todas estavam atrasadas e o grande número de crianças com mais de uma vacina em atraso. Há que se considerar, neste contexto, os fatores envolvidos neste processo, tais como: modo de vida, hábitos e cultura da família, instrução educacional dos pais, dentre outros, que fazem com que pais e cuidadores não se atentem para a questão vacinal, por não acreditarem na eficiência das vacinas ou por acreditarem que seus filhos estão naturalmente protegidos (LOPES *et al.*, 2013). [Artigo 3].

> Extremos de idade materna têm sido relatados na literatura como risco para a não vacinação, assim como baixa escolaridade materna, maior número de filhos, maior número de moradores no domicílio, maior ordem de nascimento, mães que trabalham fora do lar, residência há menos de um ano na área, baixo conhecimento sobre as doenças imunopreveníveis, ausência de plano de saúde e presença de doença na criança (MACIEL *et al.*, 2019). [Artigo 5].

O estudo de Pugliesi e Tura (2010), que trouxe resposta às perguntas abertas dos entrevistados, evidenciou uma contextualização histórica específica, bastante diversa da que envolveu a Revolta da Vacina de 1904, onde as pessoas eram obrigadas, pela força de lei, a se vacinarem. Ao contrário, observou o estabelecimento de um hábito, uma tradição que vem repassando de geração a geração nas últimas décadas. Ao responderem por que traziam seus filhos à vacinação, responderam os entrevistados que suas mães tinham cuidado de forma correta nas questões envolvendo vacinação, e assim elas acabaram não adoecendo. Em face do contexto referencial estudado, fica evidente que ainda existem muitos fatores relacionados ao atraso do cartão de vacina das crianças nesta faixa etária.

4. CONCLUSÃO

Os artigos analisados nesta revisão bibliográfica de literatura mostraram, de forma clara e evidente, os fatores que estão relacionados ao descumprimento do calendário vacinal de crianças até cinco anos de idade, alcançando dessa forma, os objetivos deste estudo, com destaque para aqueles fatores provenientes de parte da população como crenças, superstições, mitos, credos religiosos, modo de vida, hábitos, cultura e tradição, bem como as dificuldades de acesso aos serviços de saúde (vacinas), mostrando as fragilidades das ações na Atenção Primária. Especialmente aquelas ações educativas que poderiam contribuir de modo significativo para a mudança de comportamento, de atitudes da população prioritariamente a de baixa escolaridade/baixa renda, pela dificuldade premente dos meios de comunicação.

Por outro lado, tratam das dificuldades de acesso da população aos serviços ofertados como direitos garantidos pela legislação brasileira, os quais precisam ser realinhados com as reais necessidades de seus usuários. Pontuam algumas fragilidades no conhecimento produzido em torno da temática, chegando a sugerirem o seu aprofundamento com novos outros estudos que possam remover as lacunas que deixam nebulosas algumas questões em torno da vacinação, e assim poderem contribuir verdadeiramente com os interessados por reverter tal situação, que é o descumprimento do calendário vacinal no momento crucial da vida dessas crianças, haja vista, apresentarem ainda um sistema imunológico deficitário e que não garante aos ataques dos agentes causadores de doenças como as virais e bacterianas muito frequentes nessa população.

Em face dos resultados apresentados, considera-se a relevância desta revisão que levará de forma sintética, aos interessados, as evidências produzidas por estudos científicos os quais orientam para novas estratégias assistenciais bem como para a formação dos profissionais de saúde diretamente relacionados como os enfermeiros que se encontram na linha de frente dos serviços de imunização infantil.

5. REFERÊNCIAS

ABUD, S.M. & GAÍVA, M.A.M. Análise do preenchimento dos dados de imunização da caderneta de saúde da criança. Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 16, p. 61, 2014.

ANDRADE, D.R.S. *et al.* Conhecimento de mães sobre o calendário de vacinação e fatores que levam ao atraso vacinal infantil. Cogitare Enfermagem, v. 19, 2014.

BARBIERI, C.L.A. *et al*. Cobertura vacinal infantil em um serviço filantrópico de atenção primária à saúde do Município de São Paulo, Estado de São Paulo, Brasil, em 2010. Epidemiologia e Serviços de Saúde, v. 22, p. 129, 2013.

CAVALCANTE, C.C.F.S. *et al*. Vacinas do esquema básico para o primeiro ano de vida em atraso em município do nordeste brasileiro. Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online, v. 7, p. 2034, 2015.

DE JESUS SOUSA, C. *et al*. Compreensão dos pais acerca da importância da vacinação infantil. Revista Enfermagem Contemporânea, v. 1, 2012.

FERNANDES, A.C.N. *et al*. Análise da situação vacinal de crianças pré-escolares em Teresina (PI). Revista Brasileira de Epidemiologia, v. 18, p. 870, 2015.

LOPES, E.G. *et al*. Situação vacinal de recém-nascidos de risco e dificuldades vivenciadas pelas mães. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 66, p. 338, 2013.

MACEDO, L.M. *et al*. Atraso vacinal no município de Barbacena (MG): contextualizando o problema. Revista Interdisciplinar de Estudos Experimentais, v. 9, p. 7, 2017.

MACIEL, J.A.P. *et al*. Análise do estado de cobertura vacinal de crianças menores de três anos no município de Fortaleza em 2017. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, v. 14, p. 1824, 2019.

MARINELLI, N.P. *et al.* Evangelista. Conhecimento dos profissionais de enfermagem em sala de vacina: análise da produção científica. Revista Univap, v. 21, p. 26, 2016.

NEVES, R.G. *et al*. Cobertura da vacina meningocócica C nos estados e regiões do Brasil em 2012. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, v. 11, p. 1, 2016.

OLIVEIRA, M.F.S. *et al*. Fatores associados à cobertura vacinal em menores de cinco anos em Angola. Revista de Saúde Pública, v. 48, p. 906, 2014.

PEREIRA, A.M. & IVO, O.P. Causas do atraso do calendário vacinal em menores de dois anos. Revista Enfermagem Contemporânea, v. 5, p. 210, 2016.

PUGLIESI, M.V. *et al*. Mães e vacinação das crianças: estudo de representações sociais em serviço público de saúde. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, v. 10, p. 75, 2010.

QUEIROZ, L.L.C. *et al*. Cobertura vacinal do esquema básico para o primeiro ano de vida nas capitais do Nordeste brasileiro. Cadernos de Saúde Pública, v. 29, p. 294, 2013.

SANTOS, L.B. *et al.* Percepção das mães quanto à importância da imunização infantil. Revista Rene, v. 12, p. 621, 2011.

SILVA, F.S. *et al*. Incompletude vacinal infantil de vacinas novas e antigas e fatores associados: coorte de nascimento BRISA, São Luís, Maranhão, Nordeste do Brasil. Cadernos de Saúde Pública, v. 34, p. e00041717, 2018.

SOUZA, M.T. *et al.* Revisão integrativa: o que é e como fazer. Einstein, Morumbi, v. 8, p. 102, 2010.

TEIXEIRA, A.M.S. & DOMINGUES, C.M.A.S. Monitoramento rápido de coberturas vacinais pós-campanhas de vacinação no Brasil: 2008, 2011 e 2012. Epidemiologia e Serviços de Saúde, v. 22, p. 565, 2013.

TERTULIANO, G.C. & STEIN, A.T. Atraso vacinal e seus determinantes: um estudo em localidade atendida pela Estratégia Saúde da Família. Ciência & Saúde Coletiva, v. 16, p. 523, 2011.

APÊNDICE - FORMULÁRIO

EIXO 1 – PERFIL DAS PRODUÇÕES

Perfil Geral de todas as produções

a) Código para a RIL: (criar/determinar um código para cada um dos artigos que irá usar na pesquisa, pode ser um número para cada)
_____

b) Nº de Classificação na Base de Dados: (colocar o número que o artigo recebe no periódico de publicação). _____

c) Ano: (de publicação) _____

d) Natureza: artigo ( ) dissertação de mestrado ( ) tese de doutorado ( ) outra natureza ( ):
_____
_____

e) Número de autores: 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) Mais de 3 ( )

f) Modalidade: revisão teórica ( ) pesquisa de campo ( ) relato de experiência ( ) outra modalidade ( ):
_____

g) Característica do (s) autor (es): docente ( ) assistente ( ) não especificado ( ) Outro ( ) _____

h) Se dissertação ou tese, qual IES?
_____

Perfil das produções - modalidade pesquisa de campo

a) Abordagem: QT ( ) QL ( ) QT-QL ( ) (colocar um X nos parênteses correspondentes)
b) Tipo do Estudo: exploratório-descritivo ( ) pesquisa participante ( ) pesquisa ação ( ) estudo epidemiológico ( ) outro tipo ( ): _____
c) Participante (s): _____
d) Local de realização: _____
e) Técnicas utilizadas na coleta de dados: observação ( ) entrevista ( ) questionário ( ) encontros coletivos/grupo focal ( ) formulário ( ) outra (s) técnica (s) ( ):

EIXO 2 – RESULTADO EM EVIDÊNCIA E CONCLUSÕES (o que revelam, o que identificaram, o que concluíram).

Capítulo 30

DIFICULDADES ENFRENTADAS PELOS ENFERMEIROS DURANTE O PRÉ-NATAL FRENTE AO ESCLARECIMENTO DAS VIAS DE PARTO

Débora Cristina de L. L. Cavalcanti[1], Maria Assunção da S. Lemos[1]

[1] Graduanda em Enfermagem pelo Centro Universitário São Miguel, Recife/PE.

Palavras-chave: *Enfermagem; pré-natal; educação em saúde.*

1. INTRODUÇÃO

As ações de saúde voltadas ao período gestacional estão contempladas dentre os oito Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), e se configuram como forte estímulo para os países de todo o mundo na melhoria da saúde materna (NASCIMENTO *et al.*, 2015). No Brasil, os esforços em busca de otimizar a qualidade da saúde materna vem desde o ano 2000, com a criação do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), com o objetivo de possibilitar uma melhoria de acesso, acompanhamento e da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao bebê, dando enfoque nos direitos e cidadania. Dentre as diretrizes estabelecidas está o limite mínimo de seis consultas, que englobam ações de imunização e solicitação de exames de rotina para a gestante, possibilitando a garantia de uma gestação sem riscos e intercorrências (BRASIL, 2002).

Desde o PHPN, o país vem pensando e aprimorando estratégias que oportunize o acesso, o acolhimento e a resolutividade. Nesta vertente, em 2011, o Ministério da Saúde (MS) lançou a Rede Cegonha, visando estruturar e direcionar a atenção à saúde materno-infantil no país, ofertando um serviço humanizado e de qualidade durante todo o ciclo gravídico, alicerçado em quatro componentes estruturantes, dentre eles o primeiro que trata da "[...] realização de pré-natal na Unidade Básica de Saúde (UBS) com captação precoce da gestante e qualificação da atenção". Isto implica dizer que é um direito da

gestante a um atendimento integral e de qualidade, visando o início prévio do pré-natal (BRASIL, 2011).

Segundo Ferrari *et al*. (2016), para que os objetivos dessas políticas públicas sejam atingidos, há um longo caminho a ser percorrido, e se faz necessário que a gestante participe de todo o processo, para que ela seja informada de seus direitos no ciclo puerperal. Pois, a falta dessas informações ou informações errôneas, contribuem para que a gestante desconheça as vantagens do parto normal em relação à cesárea (quando não há indicações).

Levando em consideração a base que compete as consultas periódicas dos pré-natais, assim como o seu embasamento histórico – familiar, e a importância quanto a interatividade entre o profissional de saúde com a usuária, o presente estudo tem como objetivo identificar quais as dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros durante os esclarecimentos quanto às vias de parto durante o pré-natal.

2. MÉTODO

Trata-se de um estudo que utiliza como método a revisão integrativa da literatura, onde foram selecionados artigos que retratavam estudos de abordagem quantitativa e qualitativa, a qual tem o propósito de contribuir para o conhecimento da Enfermagem na área da Saúde da Mulher baseando-se em evidências científicas. Para auxiliar o desenvolvimento deste estudo, foram percorridas as seguintes etapas: elaboração do objetivo do estudo; definição dos critérios de inclusão e exclusão das produções científicas; busca dos estudos nas bases de dados; análise e categorização dos estudos; resultados e discussão dos achados para a presente pesquisa.

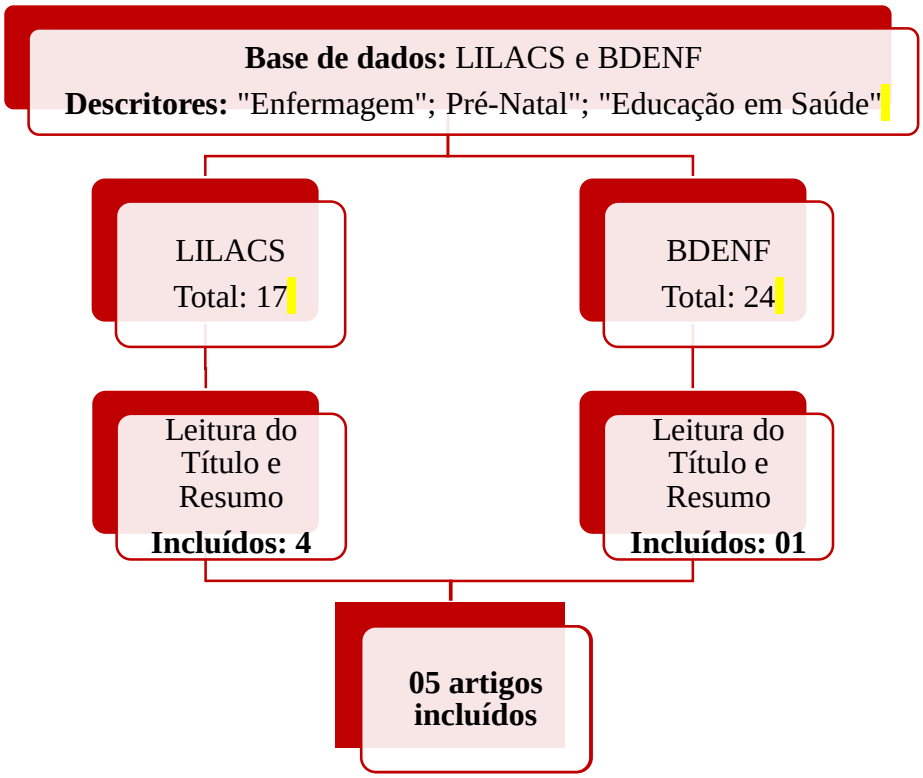
Elaborado o objetivo da pesquisa, prosseguiu-se à fase de levantamento dos dados, que ocorreu de agosto a setembro de 2019 nas bases de dados: Base de Dados em Enfermagem (BDENF), e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS). Optou-se por estas bases de dados e biblioteca por serem referências técnico-científicas brasileiras na área da enfermagem que incluem periódicos conceituados da área da saúde. Foram realizados os cruzamentos dos descritores “Enfermagem”; “Pré-natal”; “Educação em Saúde” provenientes da base de Descritores em Ciências da Saúde (DeCS). Destaca-se que, foi utilizado o boleando “and” entre os descritores.

Para seleção dos artigos, definiu-se como critérios de inclusão ser artigo, ter sido publicado no período de 2014-2019, e estar no idioma oficial brasileiro (português).

Como critérios de exclusão foram desconsideradas as teses, as dissertações e as monografias, e os artigos que não responderam à questão norteadora do estudo.

Ao iniciar o rastreamento dos artigos que fariam parte da amostra, a base de dados foi explorada separadamente, pelo cruzamento dos descritores e somados ao período de 2014-2019. A partir da leitura exploratória dos resumos, foram selecionados cinco artigos que se enquadravam nos critérios de inclusão e objetivo do estudo e, responderam à questão norteadora, conforme detalhado no fluxograma da Figura 1.

Figura 1. Fluxograma de seleção das publicações



Fonte: elaborada pelo autor, 2020.

Após leitura e releitura dos artigos, pode-se categorizar o estudo em recortes temáticos, com o intuito de descrever e classificar os resultados, evidenciando o conhecimento produzido sobre o tema proposto, realizando-se a análise, categorização e síntese das temáticas.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram encontrados 41 artigos ao todo, destes foram elencados 05 para compor este estudo. Pode-se perceber que a base de dados que mais se destacou foi a LILACS, por ter mais viabilidade, como também referências técnico-científicas brasileiras em enfermagem que incluem periódicos conceituados da área da saúde. A seguir as publicações foram organizadas no Quadro 1, que apresenta: título, autores e ano, bem como, objetivo e resultados.

Quadro 1. Distribuição dos estudos segundo título/autor/ano de publicações, objetivo e resultado.

Título/Autor/Ano	Objetivo	Resultado
Pré-natal: preparo para o parto na atenção primária à saúde no sul do Brasil **(GONÇALVES, M.F. *et al.*, 2018)**	Avaliar a relação entre assistência pré-natal e orientações para o parto na Atenção Primária à Saúde.	O pré-natal teve alta cobertura (85,5%) e início precoce em 71,8% das mulheres, porém 52% destas não receberam orientação para o parto.
Abordagem da equipe de enfermagem acerca do parto humanizado no pré-natal: uma revisão narrativa **(RAGAGNIN, M.V. *et al.*, 2017)**	Identificar nas publicações da literatura científica as contribuições desenvolvidas pela equipe de enfermagem acerca das abordagens quanto ao parto humanizado durante as consultas no pré-natal.	Emergiram três categorias: a percepção da equipe de enfermagem referente às práticas educativas no pré-natal; o despreparo do profissional no atendimento à gestante e à parturiente; e a importância dos sentimentos vivenciados pelas gestantes durante o ciclo gravídico-puerperal.
Contribuições do enfermeiro no pré-natal para a conquista do empoderamento da gestante **(JARDIM, M.J.A. *et al.*, 2019)**	Compreender as contribuições do enfermeiro no pré-natal para o incentivo ao empoderamento feminino no processo de parturição natural, sob a ótica da gestante.	As orientações fornecidas pelos enfermeiros fazem alusão a muitos aspectos da gravidez, porém não evidencia que as gestantes se utilizaram das informações para alcançar o empoderamento no parto. Ademais, não se identificou a realização de ações educativas que visem à obtenção do empoderamento.
Preparo e percepções de gestantes sobre as vias de parto **(SANTOS, C.L. *et al.*, 2016)**	Conhecer o preparo e as percepções de gestantes sobre as vias de parto.	O parto vaginal emergiu como a via preferencial das participantes. A preparação para o parto se deu, especialmente, durante o pré-natal, sendo o médico o profissional mais envolvido nas orientações, mas também aquele que mais influenciou na decisão sobre a via de parto.

Representações sociais de enfermeiras da atenção básica sobre o parto normal **(ALBUQUERQUE, N.L.A. *et al*., 2019)**	Identificar as representações sociais de enfermeiras da atenção básica sobre parto normal.	A partir da análise das falas, emergiram quatro categorias temáticas: Lei da vida, Desejo e negação do parto normal, Insegurança, Imposição para mulheres de baixa renda.

Fonte: elaborado pelo autor, 2020.

Diante dos relatos verificou-se que ainda há um déficit expressivo da equipe de enfermagem no atendimento humanizado durante o pré-natal. Além do tema ser pouco abordado, os profissionais apresentam despreparo e insegurança nessa prática. Em vista disso, se faz necessário implementar práticas educativas para que haja uma interação maior entre o enfermeiro e a gestante. Foi possível observar alguns problemas como a cultura de uma assistência iatrogênica, abordando a gestante com um olhar patogênico. A falta de informações e o despreparo profissional acabam afetando diretamente, uma vez que, não são passadas as informações e/ou tiradas suas dúvidas. Estando, dessa forma, no momento do parto com um sentimento de retração e insegurança em relação a via de parto e suas características (RAGAGNIN *et al.,* 2017).

Notou-se também a necessidade de implementar ações educativas nas Unidades de Saúde, a fim de contribuir para o aprendizado dessas gestantes sobre assuntos pertinentes da gravidez como por exemplo, as vias de parto, para que elas possam, através do conhecimento, tornar-se empoderadas e terem uma maior autonomia no momento da escolha, visando o melhor tanto para ela quanto para o seu filho (SANTOS *et al.*, 2016).

Vale a pena salientar a necessidade da transmissão do processo, contextualizando a importância da contribuição do enfermeiro no pré-natal para alcançar o empoderamento da gestante no seu ciclo-gravídico. Para que a mesma tenha uma experiência positiva na gravidez, sendo assim, é necessário, entre outros cuidados, proporcionar uma transição eficaz para o trabalho de parto e incentivar a competência, a autoestima e a autonomia materna durante o pré-natal (JARDIM *et al.,* 2019).

Ficou evidente que, ainda existe a imposição quanto as vias de parto as mulheres de baixa renda, informatizando a necessidade da quebra dessas ações. Assim como, explicita os benefícios da via do parto normal, juntamente com a importância do saber empoderar-se quanto as escolhas, evidenciando o processo de educação em saúde, aliado à inserção de como a humanização através da caracterização representada pelas enfermeiras possam estar presentes nesse trâmite. Nesse estudo foi possível identificar um olhar crítico quanto ao papel dos enfermeiros nas interferências durante o pré-natal,

analisando de forma objetiva as posições referentes a absorção das informações às gestantes (ALBUQUERQUE *et al.,* 2019).

Diante do exposto, é possível inferir que, os autores citados destacaram a relevância da abordagem da educação em saúde de forma transparente e igualitária nas consultas de pré-natal, o que facilita na contribuição dos resultados e nas investigações de pontos que possam emergir a base da saúde. Um outro fator expressivo nesses estudos, está no empoderamento da mulher, que deve ser um ponto de partida desde o princípio das suas consultas de pré-natal, pois é um momento único e reflexivo nas demais fases na vida da mulher.

4. CONCLUSÃO

Verificou-se neste estudo aspectos importantes sobre como o enfermeiro aborda a questão das vias de parto durante as consultas de pré-natal e como isso irá impactar a gestante no momento do parto. Pode-se inferir que, uma das estratégias utilizadas pelo enfermeiro é a criação de um elo com a mulher com o objetivo de possibilitar a troca de conhecimento e informações, e assim desmistificar os anseios que irão surgir com o caminhar da gravidez, buscando orientar e incentivar a gestante sobre a importância do parto normal assim como o MS preconiza em suas políticas, alertando seus benefícios tanto para ela quanto para o bebê, e abordá-la em relação ao parto cesárea em casos que são de indicação médica.

Nesse sentido, as ações voltadas para esse momento único precisam estar vinculadas à escuta ativa, ao diálogo e à valorização pessoal, conceitos imprescindíveis para o processo de humanização e acolhimento, realizando então, um pré-natal de qualidade e de forma integral.

5. REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, N.L.A. *et al*. Representações sociais de enfermeiras da atenção básica sobre o parto normal. Revista Ciência Plural, v. 5, p. 34, 2019.

BRASIL. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. Humanização do parto. Humanização no pré-natal e nascimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf. Acesso em: 18 mar. 2018.

FERRARI, A.P. *et al*. Associação entre pré-natal e parto na rede de saúde suplementar e cesárea eletiva. Revista Brasileira de Epidemiologia, v. 19, p. 75, 2016.

GONÇALVES, M.F. *et al.* Pré-natal: preparo para o parto na atenção primária à saúde no sul do Brasil. Revista Gaúcha de Enfermagem, v. 38, e0063, 2017.

JARDIM, M.J.A. *et al*. Contribuições do enfermeiro no pré-natal para a conquista do empoderamento da gestante. Revista Fundamental Care, v. 11, p. 432, 2019.

Ministério da Saúde. Assistência pré-natal. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pre_natal.pdf. Acesso em: 15 set. 2019.

Ministério da Saúde. Conheça a Rede Cegonha. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/folder/rede_cegonha.pdf . Acesso em: 22 set. 2019.

NASCIMENTO, R.R.P. *et al*. Escolha do tipo de parto: fatores relatados por puérperas. Revista Gaúcha de Enfermagem, v. 36, p. 119, 2015.

Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.htm. Acesso em: 17 set. 2019.

RAGAGNIN, M.V. *et al*. Abordagem da equipe de enfermagem acerca do parto humanizado no pré-natal: uma revisão narrativa. Revista Fundamental Care, v. 9, p. 1177, 2017.

SANTOS, C.L. *et al*. Preparo e percepções de gestantes sobre as vias de parto. Revista de. Enfermagem da UFSM, v. 6, p. 186, 2016.

Capítulo 31

FATORES DETERMINANTES DO ESTRESSE OCUPACIONAL EM PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM REVISÃO INTEGRATIVA

Ana Kelline Da S Rodrigues[1], Iasmin Emmanoelle dos S Silva[1], Tatiana Maria M Guimarães[2]

[1] Discente do curso de Enfermagem, Centro Universitário Santo Agostinho, Teresina/PI.
[2] Enfermeira Obstetra, mestre em enfermagem – UFPI, Docente do curso de Enfermagem, Centro Universitário Santo Agostinho, Teresina/PI.

Palavras-chave: *Estresse ocupacional; síndrome de Burnout; saúde do trabalhador.*

1. INTRODUÇÃO

A relação do enfermeiro com o trabalho tem sido, nos últimos anos, um assunto bastante discutido, tanto pela execução de suas atividades laborais, quantos pelos malefícios que podem ser adquiridos pelo exercício profissional. Os trabalhadores de enfermagem durante suas atividades estão sujeitos a adquirirem diversas psicopatologias, além de estarem expostos aos demais riscos oriundos da profissão.

Considerando a saúde mental e sua relação com o trabalho de enfermagem, se fez necessário analisar a saúde psíquica dos trabalhadores dentro de sua área de ocupação e, quando se discutiu patologia ocupacional, uma das mais proeminentes foi estresse.

A resposta ao fator de estresse depende de características particulares de cada indivíduo e do meio externo em que atua. Quando esse evento ocorre de forma frequente, intensa e duradoura o sujeito pode chegar ao estágio de esgotamento, onde as glândulas suprarrenais se deformam e as doenças de adaptação podem aparecer como exemplo à depressão, ansiedade ou transtorno psiquiátrico específico como transtorno de estresse pós-traumático (HONORATO & MACHADO, 2019).

O estresse ocupacional caracteriza-se por vertentes biológicas, psicológicas e sociológicas. Na condição biológica o estresse é identificado pelo grau de desgaste do corpo, já as atividades afetivas, emocionais e intelectuais correspondem a vertente

psicológica, e o grupo da vertente sociológica compreende as variáveis do contexto social (PRADO, 2016).

Nesse sentido, esses acontecimentos são de grande importância e devem ser analisadas individualmente, pois influenciam diretamente na saúde do trabalhador, sendo necessárias ações de promoção e prevenção de saúde, que podem e devem começar pelo empregador.

Dessa maneira, o estudo se fez relevante para identificar as falhas no processo de trabalho da enfermagem, para que assim se possa fazer uma intervenção frente aos fatores predisponentes do estresse ocupacional, considerando que a patologia pode evoluir para um transtorno mental de maior gravidade, como exemplo a síndrome de Burnout ou depressão. Portanto, o mesmo poderá ajudar gestores de saúde e os próprios profissionais de enfermagem a conhecer acerca do tema, para que se possa haver uma intervenção e consequentemente a diminuição do agravo.

Diante da problemática, a pesquisa teve como questão norteadora a seguinte pergunta: "Como os fatores determinantes do estresse ocupacional em profissionais de enfermagem influenciam na sua saúde mental, física e social?', tendo como objetivo analisar e descrever os fatores determinantes que desencadeiam o estresse laboral nos profissionais de enfermagem, evidenciados nas publicações cientificas.

2. MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório por revisão integrativa de literatura. Segundo Mendes, *et al*. (2017), revisão integrativa inclui análise de pesquisas relevantes que dão suporte para tomada de decisão e a melhoria da prática clínica, possibilitando a ementa do estado do conhecimento que precisam ser preenchidas.

Para a elaboração da presente revisão as seguintes etapas foram seguidas: elaboração da pergunta norteadora; busca ou amostragem na literatura; coleta de dados; análise crítica dos estudos incluídos; discussão dos resultados e apresentação da revisão integrativa.

Os dados foram coletados através das bases de dados: LILACS - Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde, SciELO – *Scientific Electronic Library Online*, Google Acadêmico utilizando como descritores: "estresse ocupacional", "saúde trabalhador", "Síndrome de Burnout"; conforme apresentação do vocabulário contido nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), validados pela Biblioteca Virtual em Saúde e

cruzadas entre si por meio do operador booleano *AND*: ((estresse)) *AND* ((ocupacional)), ((saúde)) *AND* ((trabalhador)), ((síndrome)) *AND* ((Burnout)) que resultou em 1379 resultados.

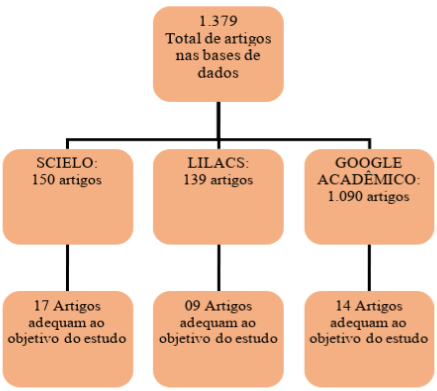
Utilizou-se como critério de inclusão para a seleção de amostras os artigos indexados em periódicos nacionais e internacionais, disponibilizados na íntegra (texto completo), em língua portuguesa ou inglesa, que apresentaram como assunto principal o estresse em profissionais de enfermagem, artigos disponibilizados na íntegra nas bases de dados selecionadas. Foi aplicado recorte temporal compreendido entre 2015 a 2020. Foram excluídos os artigos encontrados em duplicidade, os de acesso indisponível, os que não respondiam à questão norteadora e publicações inferiores ao ano de 2015.

Obedecidos tais critérios, a coleta de dados foi realizada entre os meses de fevereiro a março de 2020. Para a exploração e posterior síntese dos artigos que seguiram aos critérios de inclusão foi utilizado um formulário especialmente construído para esse fim, que contemplou os seguintes aspectos, considerados pertinentes: metodologia; ano de publicação; resultados em evidências. Foi realizada uma filtragem criteriosa das publicações e, em seguida, foram distribuídas conforme foram selecionadas nas bases de dados, com uma breve leitura do resumo obteve-se 40 artigos.

Esta pesquisa não trouxe nenhum risco pois não houve envolvimento de seres humanos para coleta de dados, foram utilizados apenas artigos encontrados nas bases de dados LILCAS, GOOGLE ACADÊMICO e SCIELO, e os benefícios desta pesquisa contribuíram para novos estudos e novas publicações acerca do tema.

Na Figura 1, consta a distribuição das publicações conforme o mecanismo de busca de seleção dos artigos.

Figura 2. Mecanismo de busca de seleção dos artigos



Fonte: elaborada pelo autor, 2020.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir da leitura e análise do material encontrado, foram agrupadas as informações consideradas relevantes dos artigos e organizadas inicialmente em tabelas e quadros para melhor entendimento e compreensão. Através da leitura minuciosa das publicações, obteve-se uma amostra final de 16 artigos, os mesmos foram nomeados com a inicial (A) e enumerados do primeiro ao último.

Foram selecionados a partir dos critérios de inclusão e exclusão, todos disponíveis gratuitamente na Biblioteca virtual de Saúde (BVS), que inclui as bases de dados: SCIELO, literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Google Acadêmico. Estes artigos estão caracterizados e subdivididos no Quadro 1, contendo as seguintes variáveis: título, autor, ano, e os resultados em evidencias:

Quadro 1. Distribuição dos estudos de acordo com título, autores, ano e principais resultados

N°	TÍTULO	AUTORES	PRINCIPAIS RESULTADOS
A01	Estresse dos profissionais de enfermagem em uma unidade de urgência	SIMÕES *et al.*, 2015	Segundo o artigo, para os enfermeiros, o principal fator desencadeante de estresse é a escassez de recursos materiais e os conflitos entre os membros da equipe, enquanto que, para os auxiliares de enfermagem, as principais fontes de estresse são a alta demanda de pacientes, excesso de trabalho e falta de recursos materiais.
A02	Aplicação de instrumento para o diagnóstico dos fatores de risco psicossociais nas organizações	LUCCA & SOBRAL, 2017	Para os profissionais da enfermagem, existe uma elevada demanda de trabalho e a ausência de autonomia como principais fatores. O processo administrativo é visto pelos profissionais, como uma sobrecarga adicional para a enfermagem e como impeditivo do trabalho bem feito.
A03	Fatores desencadeantes do estresse laboral na emergência médica: uma revisão integrativa	HONORATO & MACHADO, 2019	De acordo com o estudo foi identificado que o resultado do estresse é o ambiente de trabalho insalubre, atribulação de gestão resultando conflitos interpessoais, remuneração inadequada, número inadequado de profissionais, acarretando em sobrecarga de trabalho.
A04	Estresse ocupacional: causas e consequências	PRADO, 2016	O estresse ocupacional é um problema global. Porém por si só não é capaz de desencadear uma enfermidade orgânica ou difusão significativa.

A05	Estresse ocupacional: exposição da equipe de enfermagem de uma unidade de emergência	SANTOS *et al.*, 2019	A pesquisa enfatiza a falta de recursos materiais, multitarefas, demanda de pacientes, precariedade do espaço físico da instituição e desvalorização profissional. Esses elementos impactam na dignidade do profissional e em sua estrutura emocional.
A06	Estresse ocupacional no trabalho em enfermagem no Brasil: uma revisão integrativa	MORAES *et al.*, 2016	Os dados mostraram que uma das razões do estresse é o convívio com o sofrimento humano, carência, matriciamento na equipe multidisciplinar, carga horária elevada, demanda de trabalho, intimidação de gestores e pacientes, remuneração inadequada, instabilidade do emprego e execução multitarefas.
A07	Estresse ocupacional e insatisfação com a qualidade de vida no trabalho da enfermagem	AZEVEDO *et al.*, 2017	Foi observado entre os trabalhadores, desvalorização profissional nos que exercem o trabalho ativo, obtendo maior prevalência na insatisfação com qualidade de vida no trabalho, proporcionando desgaste profissional, o que compromete a saúde e bem estar do profissional, que veem o consumo do tabaco como forma de alivio do estresse e a ansiedade.
A08	Uma nova contribuição para a classificação dos fatores estressores que afetam os profissionais de enfermagem	PUERTO *et al.*, 2017	Identificaram-se os fatores do estresse relacionando a longa jornada de trabalho, interrupções frequentes durante a execução de suas tarefas, trabalhar em horário noturno, quantidade de tarefas diferentes realizadas ao mesmo tempo, falta de tempo para apoio emocional para o paciente ou até mesmo para aqueles que necessitam.
A09	Síndrome de Burnout em técnicos de enfermagem de um hospital público do estado de São Paulo	FERREIRA & LUCCA, 2015	A maioria dos profissionais de enfermagem teve pelo menos um afastamento do trabalho por motivos de transtornos mentais, musculoesqueléticos, relacionados a sobrecarga física, e emocional, dimensionamento do profissional enfermagem desapropriado, desvalorização profissional e o risco de acidente biológico.
A10	Auriculoterapia verdadeira e placebo para enfermeiros estressados: ensaio clínico randomizado	PRADO *et al.*, 2018	A amostra de estudo selecionada apresentou elevados níveis de estresse, observou ainda que método de auriculoterapia foi eficaz para redução do estresse, a partir da oitava sessão, quando comparada com grupo controle, a principal limitação do estudo foi a não utilização de aparelhos elétricos ou de outros métodos de localização mais precisos de pontos auriculares ativos e não reativos.
A11	Fatores de alívio e agravamento do estresse ocupacional na equipe de enfermagem	SANTOS *et al.*, 2019	O estudo revelou que profissionais de enfermagem relatam unidades de terapia intensiva como sendo um espaço estressante, associado a conflitos com pacientes, médicos e outros profissionais, sobrecarga de trabalho, desvalorização profissional, contribuem para desgaste profissional.
A12	Estresse dos profissionais de enfermagem atuantes no atendimento pré-hospitalar	CARVALHO *et al.*, 2018	Notou-se que os fatores relacionados ao estresse ocupacional da esquipe de enfermagem estão relacionados ao sexo feminino, a qualidade do sono, limitação da autonomia profissional, desgaste emocional com o trabalho que realiza e trabalho em instalações físicas inadequadas. No estudo os profissionais classificados com estresse, em sua maioria, relataram sintomas psicológicos e físicos.

A13	Fatores relacionados ao desenvolvimento de estresse e Burnout entre profissionais de enfermagem que atuam na assistência a pessoas vivendo com HIV/AIDS	SANCHES *et al.*, 2018	O desgaste emocional dos profissionais de enfermagem associado à assistência de enfermagem a pessoas portadoras de HIV/AIDS que podem implicar na vida profissional e pessoal dos trabalhadores, relacionado a sobrecarga de trabalho, falta de recursos e o medo de contaminação contribuem para aspectos negativos em síndrome de Burnout e o estresse influencia na saúde e na qualidade de vida.
A14	Associação entre turnos de trabalho, níveis de cortisol salivar, estresse e fadiga em enfermeiros: revisão integrativa	ASSIS *et al.*, 2018	O estudo revelou que o trabalho em turnos é um dos fatores responsáveis pela dessincronizarão do eixo HHA (Hipotalâmico - Hipofisário - Adrenal) em profissionais de enfermagem, o autor relata ainda que a avaliação de estressores mentais no local de trabalho requer a utilização de escalas psicométricas validadas.
A15	Os principais Fatores causadores de estresse em profissionais de enfermagem que atuam em unidade de Terapia Intensiva	BATISTA & TAKASHI, 2020	Foi observado que na enfermagem os múltiplos vínculos empregatícios são frequentes, predomina o sexo feminino, essas profissionais ainda exerce a responsabilidade das tarefas domésticas, nas UTI's o contato constante com o sofrimento, dor e a morte dos pacientes, ruídos dos equipamentos de monitorização e suporte a vida tornam o ambiente estressante.
A16	Analysis and strategy research on quality of nursing work life	WANG *et al.*, 2020	De acordo com a pesquisa fatores como idade, título de educação, insônia, empregabilidade dentre outros são fatores que afetam a qualidade do trabalho e da vida dos enfermeiros. Além disso, o estudo mostra que os gerentes de enfermagem podem melhorar a qualidade do trabalho e da vida, melhorando a flexibilidade psicológica dos enfermeiros e atribuindo tarefas de acordo com a antiguidade e a capacidade.

Fonte: elaborado pelo autor, 2020.

A Tabela 1 mostra a análise dos artigos. Utilizando a variável ano, podemos observar que em 2018 foi encontrado um maior número de publicações correspondendo a 25% do estudo, seguido de 2019 e 2017 ambos com 19%, já o ano de 2020 obteve percentual de 13% e os de 2015 e 2016 constituíram apenas 12% caracterizando-se como os anos de menor quantidade publicações.

Tabela 1. Distribuição dos estudos incluídos na amostra referentes ao ano de publicação

Ano de publicação	Número absoluto	Percentual (%)
2015	02	12
2016	02	12
2017	03	19
2018	04	25
2019	03	19
2020	02	13
TOTAL	16	100

Fonte: elaborada pelo autor, 2020.

Em seguida, o Quadro 2 foi elaborado para demonstrar com maior eficácia os principais fatores determinantes do estresse ocupacional, encontrados nas publicações cientificas analisadas.

Quadro 2. Organização dos estudos de acordo com o foco das evidências apresentadas

Artigos	Evidências
1, 2, 13	Recursos materiais
1, 2, 3, 6, 8, 9, 13	Sobrecarga de trabalho
12, 13, 15	Sobrecarga emocional
7, 5, 9, 10	Desvalorização profissional
8	Trabalhar em horário noturno
10, 14	Trabalho por turnos
1, 3, 11	Conflitos no ambiente de trabalho
2, 3, 5, 6, 9	Dimensionamento de pessoal
A15	Múltiplos vínculos empregatícios
5, 6, 8,10	Multitarefas
5, 10	Ambiente insalubre
9, 13	Risco de acidente biológico
15	Risco de acidente físico
3, 6	Remuneração inadequada
8	Falta de tempo para apoio emocional
2	Ausência de autonomia
6	Intimidação de gestores e pacientes

Fonte: elaborado pelo autor, 2020.

Após a caracterização dos artigos selecionados, e ao analisar as publicações e evidências encontradas, os artigos foram agrupados nas seguintes categorias:

3.1. Doenças do trabalho: estresse ocupacional

O estresse foi um dos problemas que aumentou ao longo dos anos, afetando hoje grande parte da população em diferentes faixas etárias. O mesmo pode ser uma porta de entrada para outros problemas de saúde, considerando que sua presença esteja relacionada a fatores externos como a pressão psicológica sofrida no trabalho, escola, faculdade ou mesmo no ambiente familiar, também está ligado ao modo como se convive com as emoções diárias, seja sentimentos bons ou ruis, diante de tal epidemia consagra-se o dia 23 de setembro como o dia mundial de combate ao estresse (BRASIL, 2020).

Um dos maiores desafios do homem é conquistar rendimento profissional sem prejudicar sua saúde. Em contra partida a este processo existe o estresse ocupacional, que é um tipo de desequilíbrio entre o trabalho e o emocional do colaborador, podendo ser ocasionado pelo medo de fracassar, cansaço físico e mental, falta de apoio por parte dos seus superiores, longas jornada de trabalho ou fatores externos ao ambiente de trabalho. Sendo assim, o desgaste físico e mental, ocasionado pelo excesso de trabalho ou pela pressão psicológica aumenta, propiciando o aparecimento de doenças diversas, como os sintomas físicos: fadiga, dores de cabeça, insônia, alterações intestinais e outros (SILVA & SALLES, 2016).

Segundo Brasil (2019) uma síndrome comum que acomete os profissionais de enfermagem é a síndrome de Burnout, que é definida como consequência do estresse crônico no local de trabalho, também chamada de ponto máximo do estresse se não gerenciado adequadamente, a mesma está incluída na 11ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-11), como fenômeno ocupacional.

É essencial identificar os fatores determinantes do estresse em sua fase inicial, pois, com isso, pode-se evitar que o mesmo evolua para um transtorno mental, ou comportamental de maior gravidade, considerando ainda que a ausência ou afastamento do colaborador, não irá afetar apenas o profissional ou a instituição, mas sim a população, por acarretar em falta de assistência.

3.2. Estresse ocupacional na enfermagem

De acordo com Simões *et al.* (2015), a facilidade de acesso dos pacientes aos profissionais de enfermagem evidencia menor diferença na relação de poder, fazendo com que se sintam mais próximos e permitindo a expressão das necessidades, incluindo as reclamações acerca do atendimento.

Nesse sentindo, a enfermagem não é vista pela sociedade como um cargo chefe no âmbito hospitalar, fazendo com que o profissional deixe de se posicionar, em situações que são de sua competência por medo, coação ou mesmo falta de apoio dos demais membros da equipe e gestores.

No estudo A4 afirma-se que o estresse ocupacional é um problema global, porém por si só, não é capaz de desencadear uma enfermidade orgânica ou difusão significativa. O estresse ocupacional, assim como na enfermagem, está presente nas demais profissões,

podendo evoluir para uma patologia mais severa. Na enfermagem o que ocorre é uma exposição constante ao agente estressor, o que leva o profissional a fase de esgotamento.

Isto se trata da última fase na falha do mecanismo de adaptação do estresse, denominada, portanto, como fase de esgotamento, que pode desencadear problemas respiratórios, distúrbios gastrointestinais, hipertensão, infecções, a depressão. Além disso, é possível o aparecimento dos sintomas da reação de alarme como taquicardia (SILVA & SALLES,2016).

Para A16, os enfermeiros têm a qualidade de vida extremamente afetada, que é desencadeada por uma série de fatores descritos pelo mesmo, como a idade, grau de formação e outros. É notório que existe concordância com as demais publicações, como em A15. Para o A14 o trabalho em turnos e troca dos mesmos leva a uma dessincronização do eixo HHA (Hipotalâmico - Hipofisário - Adrenal) no profissional, o mesmo relata ainda que para avaliar estressores mentais no local de trabalho é necessária a utilização de escalas psicométricas validadas.

3.3. Os principais agentes causadores de estresse na enfermagem

Nas publicações A1, A2, A3 e A5 os autores concordam que os fatores determinantes do estresse ocupacional em profissionais de enfermagem são: escassez de recursos materiais, conflitos entre os membros da equipe, alta demanda de pacientes, elevada carga de trabalho, falta de um piso salarial adequado, o que leva a múltiplos vínculos empregatícios, mencionados por A15 como fatores determinantes do estresse.

Para alguns enfermeiros as atribuições relacionadas a administração é um fator de estresse, pois o fato de lidar com tal burocracia atrapalha na assistência de qualidade e é um serviço adicional. De acordo com A6, outro fator desencadeante do estresse é a proximidade com o sofrimento humano e o fato de lidar com a morte.

Segundo Santos *et al.* (2019), pacientes e seus familiares buscam no profissional de enfermagem soluções para seus problemas e ouvintes para suas queixas, solicitando constantemente a enfermagem, que por vez, torna-se impaciente com a ansiedade do paciente e seus acompanhantes, principalmente quando a solicitação não é atendida e não é competência da equipe de enfermagem, cabendo ao profissional explicar diversas vezes a mesma coisa, caracterizando a dificuldade de relacionamento com pacientes e acompanhantes um fator estressor.

Evidenciaram-se semelhanças na maioria dos artigos. Desse modo, podemos dizer que a atividade de enfermagem é exercida em predominância pelo sexo feminino, com faixa de idade variando entre 30 a 40 anos de idade e, nos artigos citados do A7 ao A13, são pertinentes o desgaste emocional e a sobrecarga de trabalho, logo que o A7 enfatiza-se que o nível de estresse varia de acordo com o cargo exercido, visto que profissionais que prestam assistência de enfermagem direta ao paciente são os mais insatisfeitos, em que há desmotivação na execução das atividades por falta de reconhecimento profissional. Tal fato é enfatizado pelo artigo A9, na qual existe a necessidade de reconhecimento pelos gestores das atividades exercida pelos profissionais para que seja condizente com o trabalho.

Observa-se em A8 a sobrecarga de trabalho pela a realização de multitarefas, além de trabalho noturno, o que dificulta a qualidade do cuidado ao paciente, pois não é possível excitar a escuta qualificada para confortar o paciente, que necessita de apoio emocional. Também foi notada a desproporcionalidade de profissionais, citado também no artigo A9, isso porque a falta de dimensionamento de enfermagem acaba não sendo apropriada para as unidades de atendimento.

No artigo A11, o autor registrou a dificuldade das relações interpessoais entre os profissionais de enfermagem com os superiores e familiares de pacientes, onde o ambiente de trabalho acaba sendo exaustivo e o clima do ambiente acaba ficando desgastante. Já no artigo A12, o autor observou o estresse associado a outras comorbidades, o que acaba por piorar o quadro do profissional comprometendo ainda mais a sua saúde.

Sabe-se que dentre os fatores mencionados, constata-se nos artigos A9 e A13 que o desgaste emocional varia de acordo com a patologia do paciente, pois o profissional está sempre vulnerável a risco de contaminação de agentes biológicos caso não sejam mantidas as devidas atenções na execução de sua atividade laboral, logo que qualquer descuido pode comprometer a saúde do profissional, acarretando em uma série de problemas.

4. CONCLUSÃO

Podemos concluir que todos os objetivos deste estudo foram alcançados e que, a partir dos dados analisados, pôde-se perceber que na literatura existem diversas publicações acerca do tema, porém poucas respondiam à questão norteadora.

Nas amostras estudadas, pode-se perceber que a enfermagem é uma das profissões mais afetadas pelo estresse ocupacional e que os fatores desencadeantes desse estresse são organizacionais, interpessoais e extra pessoais, pois o profissional além de cuidar do doente e suas patologias, com todas as suas particularidades, lida ainda com seus acompanhantes e seus familiares.

A falta de materiais, a carga horaria de trabalho, baixo piso salarial, sobrecarga de trabalho, além de o profissional manter dois ou mais vínculos empregatícios, foram os fatores determinantes, mais citados nas publicações, portanto deve-se dar uma atenção especial para esses fatores, sendo necessária uma intervenção para minimizá-los e assim melhorar a qualidade do serviço do profissional.

É fundamental que os profissionais possam expor seu descontentamento nos ambientes de trabalho que causam esgotamento ocupacional, para que gestores tenham conhecimento dessas queixas durante a jornada de trabalho e, assim, sejam capazes de adotar medidas para minimizá-las.

Para o empregador, estar investindo em medidas que contribuam para saúde na redução do estresse e combate de doenças ocupacionais é de extrema importância, pois a imagem do colaborador está vinculada a empresa, e como já foi mencionada, a exaustão pelo estresse leva a diversas psicopatologias que geram o absenteísmo e o consequente afastamento do profissional, gerando prejuízos ao empregador e a assistência de saúde.

Portanto fica evidenciado com esta pesquisa que tal problemática pode levar inúmeros prejuízo ao profissional de enfermagem, além de interferir diretamente na qualidade de vida dos mesmos, cabendo aos gestores de saúde medidas, preventivas e eficazes para sanar tais danos.

5. REFERÊNCIAS

ASSIS, D.C. *et al.* Associação entre turnos de trabalho, níveis de cortisol salivar, estresse e fadiga em enfermeiros: revisão integrativa. Escola Anna Nery, v. 22, p. 1, 2018.

AZEVEDO, B.D *et al*. Occupational stress and dissatisfaction with quality of work life 3 in nursing. Texto & Contexto - Enfermagem, v. 26, p. 1, 2017.

BATISTA, L.S. & TAKASHI, M.H. Os principais fatores causadores de Estresse em profissionais de enfermagem que atuam em Unidade de Terapia Intensiva. Revista de Divulgação Científica Sena Aires, p. 156, 2020.

BRASIL. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE-OPAS. CID: Burnout é um fenômeno ocupacional: BRASIL. 2019. OPAS BRASIL. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5949:cid-Burnout-e-um-fenomeno-ocupacional&Itemid=875.Acesso em: 22 mar. 2020.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Calendário da saúde. Disponível em: www.saude.gov.br/calendario-da-saude. Acesso em: 31 mar. 2020.

CARVALHO, A.E.L. *et al*. Estresse de profissionais de enfermagem que atuam na assistência pré-hospitalar. Revista Brasileira de Enfermagem., v. 73, e20180660, 2020.

FERREIRA, N.N. & LUCCA, S.R. Síndrome de Burnout em técnicos de enfermagem de um hospital público do Estado de São Paulo. Revista Brasileira de Epidemiologia, v. 18, p. 68, 2015.

HONORATO, C.M.A. & MACHADO, F.C.A. Fatores desencadeantes do estresse laboral na emergência médica: uma revisão integrativa. Revista Ciência Plural, v. 5, p. 52, 2019.

LUCCA, S.R. & SOBRAL, R.C. Aplicação de instrumento para o diagnóstico dos fatores de risco psicossociais nas organizações. Revista Brasileira de Medicina do Trabalho, v. 15, p. 63, 2017.

MARCONI, M.A. & LAKATOS, E.M. Metodologia do trabalho cientifica: projetos de pesquisa/pesquisa bibliográfica/teses de doutorado, dissertação de mestrado, trabalho de conclusão de curso. 8 ed. São Paulo: Atlas. 2018.

MENDES, K.S. *et al.* Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto & Contexto – Enfermagem. v. 17, p. 758 2008.

MORAES FILHO, I.M. & ALMEIDA, R.J. Estresse ocupacional no trabalho em enfermagem no Brasil: uma revisão integrativa. Revista Brasileira Promoção de Saúde, v. 03, p. 447, 2016.

PRADO, C.E.P. Estresse ocupacional: causas e consequências. Revista Brasileira de Medicina do Trabalho, v. 14, p. 285, 2016.

PRADO, J.M.*et al.* Auriculoterapia verdadeira e placebo para enfermeiros estressados: ensaio clínico randomizado. Revista da Escola de Enfermagem da Usp, v. 52, p. 1, 2018.

PUERTO, J.C. *et al*. Uma nova contribuição para a classificação de estressores que afetam os profissionais de enfermagem. Revista Latino-Americana de Enfermagem, v. 25, p. e2895, 2017.

SANCHES R.S. *et al.* Fatores relacionados ao desenvolvimento de estresse e Burnout entre profissionais de enfermagem que atuam na assistência a pessoas vivendo com HIV/aids. Revista Cuidado é Fundamental. v. 10, p. 276, 2018.

SANTOS J.N.M.O. *et al*. Estresse ocupacional: Exposição da equipe de enfermagem de uma unidade de emergência. Revista Cuidado é Fundamental Online. v. 11, p. 455, 2019.

SANTOS, A.F. *et al.* Fatores de alívio e agravamento do estresse ocupacional na equipe de enfermagem. Revista de Enfermagem da UFPI, v. 8, p. 82, 2020.

SILVA, L.C. & SALLES, T.L.A. O estresse ocupacional e as formas alternativas de tratamento. Recape Revista de Carreiras e Pessoas, v. 02, p. 234, 2016.

SIMÕES, J.S. *et al.* Estresse dos profissionais de enfermagem em uma unidade de urgência. Revista Eletrônica da Graduação do UNIVEM, v. 01, p. 75, 2015.

WANG, L. *et al*. Analysis and strategy research on quality of nursing work life. Medicine, v. 99, p. 1, 2020.

Capítulo 32

A IMPORTÂNCIA DA SEXUALIDADE NA QUALIDADE DE VIDA DO IDOSO

Izonete P Da S Melo[1], Katiane V Da Silva[1], Disraeli R Da R Filho[2]

[1] Discente do curso de enfermagem, Centro Universitário Santo Agostinho, Teresina/PI.
[2] Docente do curso de Enfermagem, Centro Universitário Santo Agostinho, Teresina/PI.

Palavras-chave: *Idoso; sexualidade; qualidade de vida.*

1. INTRODUÇÃO

Segundo o IBGE a população brasileira manteve a tendência de envelhecimento dos últimos anos e ganhou 4,8 milhões de idosos desde 2012, superando a marca dos 30,2 milhões em 2017, segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua. Em 2012, a população com 60 anos ou mais era de 25,4 milhões. Os 4,8 milhões de novos idosos em cinco anos correspondem a um crescimento de 18% desse grupo etário, que tem se tornado cada vez mais representativo no Brasil (IBGE, 2018).

Devido aumento significativo no número de idosos, surge um grande desafio para o Brasil, que é o estabelecimento de políticas públicas e estratégias que possam garantir a qualidade de vida dessas pessoas. A sexualidade é um desses desafios, pois ainda é um tabu na sociedade brasileira, e o preconceito gerado por essa ignorância social, pode intensificar o aumento de idosos infectados por doenças sexualmente transmissíveis, já que a sociedade no geral tenta negar a sexualidade do idoso.

Para Araújo *et al*. (2017) as políticas voltadas para o envelhecimento ativo no Brasil, têm sido colocadas em prática, voltadas à promoção da saúde, resultando em ganhos para a população idosa. Com as conquistas obtidas por esse grupo, nas últimas décadas, o prolongamento da vida sexual passa a ser ponto merecedor de destaque.

Mas Castro *et al.* (2013) cita que a existência dessas políticas não garante, na prática, um atendimento integral a essa clientela. No qual pode ser observado na realidade do programa Estratégia Saúde da Família, dentro do qual a atenção ao idoso se refere a

ações reducionistas, voltadas para doenças como hipertensão e diabetes, não vislumbrando outras dimensões, como a sexualidade.

Segundo Mahmud *et al.* (2018) como consequência do envelhecimento ocorre o crescente aumento de idosos HIV positivos no país, sendo necessário a elaboração de campanhas específicas, bem como que os profissionais de saúde estejam preparados para abordar sobre a questão da sexualidade no atendimento aos idosos, por ocasião de suas consultas, assim realizando à prevenção primária.

Porém Dornelas Neto *et al.* (2015) cita que apesar de ser evidente o aumento das DST em indivíduos com mais de 50 anos e dos vários tipos de desafios encontrados no manejo dessas situações, nota-se que esse grupo de pessoas está, em grande parte, excluído das políticas públicas de promoção da saúde no contexto das DST. Assim ocorrendo, a falta de reconhecimento da sexualidade faz com que todos os esforços de prevenção, diagnóstico e tratamento sejam voltados para populações mais jovens e naquelas percebidas como mais vulneráveis. Existe, portanto, a necessidade de conscientização de profissionais de saúde, serviços de DST, serviços geriátricos e governos, acerca das mudanças de comportamento e perfil epidemiológico na população de idosos.

Se não foram desenvolvidas políticas públicas que atuem diretamente na melhoria da qualidade de vida do idoso abordando a sexualidade como realidade e não como mito na terceira idade, desmistificando os tabus existentes a cerca dessa realidade de que o idoso não pratica sexo, ofertando a eles no serviço de saúde orientações sobre sexo seguro, o número de idosos portadores de doenças sexualmente transmissíveis poderá aumentar cada vez mais.

Por isso o objetivo do nosso trabalho é enfatizar a preocupação com o grande número de idosos portadores de doenças sexualmente transmissíveis atualmente no Brasil., uma vez que a sexualidade é pouco abordada devido o preconceito sobre a sexualidade na terceira idade.

2. MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, exploratória do tipo revisão integrativa da literatura. A revisão integrativa tem sido apontada como uma ferramenta ímpar no campo da saúde, pois sintetiza as pesquisas disponíveis sobre determinada temática e direciona a prática fundamentando-se em conhecimento científico (SAMPAIO & MANCINI,

2007). Para a elaboração da presente revisão integrativa as seguintes etapas foram percorridas: elaboração da pergunta norteadora; busca ou amostragem na literatura; coleta de dados; análise crítica dos estudos incluídos; discussão dos resultados e apresentação da revisão integrativa.

Para a seleção dos artigos foi utilizado a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), que inclui as bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE) , BDENF e PubMed , utilizando-se descritores controlados cadastrados nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): "Idoso", "Sexualidade", "Qualidade de vida" cruzadas entre si por meio do operador booleano AND. Estabeleceram-se os seguintes critérios de inclusão: artigos publicados em português e inglês, que contemplassem os descritores; artigos disponíveis na íntegra nas bases de dados selecionadas, no período compreendido entre 2013 e 2019; textos completos, publicados cujos resultados relevantes. Excluíram-se os artigos encontrados em duplicidade e os de acesso indisponível ou sem relevância com o tema de estudo proposto. Obedecidos tais critérios, a busca nas bibliotecas foi realizada entre os meses de fevereiro a março de 2020.

Para a análise e posterior síntese dos artigos que atenderam aos critérios de inclusão foi utilizado um formulário especialmente construído para esse fim, que contemplou os seguintes aspectos, considerados pertinentes: metodologia; ano de publicação; resultados em evidencias e conclusões.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

No presente estudo, foram encontrados 374 artigos. A busca foi realizada na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), que inclui as bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), BDENF e PubMed.

Destes, analisou-se apenas 18 artigos que atenderam aos critérios de inclusão previamente estabelecidos, consolidando-se 4,80% de artigos selecionados em relação ao total encontrado nas bases de dados.

A Seguir, na Tabela 1 consta uma visão geral dos artigos avaliados.

Tabela 1. Distribuição dos estudos incluídos na amostra, referentes à fonte online de publicação. (n=18)

Bases de dados	Estudos encontrados	Estudos selecionados n (%)
LILACS	50	7 (1,87)
MEDLINE	289	9 (2,40)
BDENF	13	0 (0,00)
PUBMED	22	2 (0,53)
TOTAL	374	18 (4,80)

Fonte: elaborada pelo autor, 2020.

A Tabela 2 mostra que dos anos de publicação dos artigos, os de 2017 apresentaram maior prevalência, com 22,22%, seguido do ano de 2014, 2015 e 2019, com 16,67%, os anos de 2016 e 2018, com 11,11%, e o ano de 2013, com o menor número de artigos publicados, com 5,55%.

Tabela 2. Distribuição dos estudos incluídos na amostra referentes ao ano de publicação (n=18)

Ano de publicação	Número absoluto	Percentual (%)
2013	1	5,55
2014	3	16,67
2015	3	16,67
2016	2	11,11
2017	4	22,22
2018	2	11,11
2019	3	16,67
Total	**18**	**100**

Fonte: elaborada pelo autor, 2020.

No quadro 01, observou-se que a revista Ciência & Saúde Coletiva teve maior número de artigos publicados.

Quadro 1. Distribuição dos estudos incluídos na amostra referentes ao título, nome do periódico e ano

CÓDIGO	TÍTULO	PERIÓDICO	ANO
A01	O HIV, os idosos e a sexualidade: Uma reflexão sob o olhar da bioética	Revista da Sorbi	2018
A02	Percepção dos Idosos em Relação a Vida Sexual e as Infecções Sexualmente Transmissíveis na Terceira Idade	Revista Brasileira de Ciências da Saúde	2019
A03	Sexualidade na terceira idade: uma discussão acerca das medidas de prevenção do hiv/aids	Revista Ciência & Saberes-Facema	2014
A04	Qualidade de vida e sexualidade na população da terceira idade de um centro de convivência	Rev. Cient. Sena Aires	2017
A05	Sexo e sexualidade no processo de envelhecimento	C&d - Revista Eletrônica da Fainor	2014
A06	Sexualidade na terceira idade: a visão dos idosos em um município do interior do estado de São Paulo	Revista Eletrônica Acervo Saúde	2019
A07	Ações de Educação em Saúde Sobre Sexualidade com Idosos	Saúde em Redes	2017
A08	Idosos, infecções sexualmente transmissíveis e aids: conhecimentos e percepção de risco	ABCS Health Sci	2016
A09	A vivência da sexualidade de idosos em um centro de convivência	Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro	2015
A10	Fatores que interferem na sexualidade de idosos: Uma revisão integrativa	Ciência & Saúde Coletiva	2014
A11	Vulnerabilidade às infecções sexualmente transmissíveis/ aids em idosos	Revista Uningá	2017
A12	Sexualidade de idosos: conhecimento/atitude de enfermeiros da Estratégia Saúde da Família	Revista Escola de Enfermagem USP	2019
A13	Vulnerabilidade de idosos a infecções sexualmente transmissíveis	Acta Paulista de Enfermagem	2017
A14	Doenças sexualmente transmissíveis em idosos: Uma revisão sistemática	Ciência & Saúde Coletiva	2015
A15	Sexualidade na terceira idade: percepção de homens idosos de uma estratégia de saúde da família	Journal of Nursing and Health	2015
A16	Disfunção erétil no homem idoso	Revista de Medicina e Saúde de Brasília	2016
A17	Sexualidade na terceira idade - a percepção do enfermeiro da estratégia saúde da família	Revista de Enfermagem UFPE	2013
A18	Concepções da sexualidade na terceira idade: um estudo sobre a sexualidade do idoso institucionalizado	Periódicos da UFES	2018

Fonte: elaborada pelo autor, 2020.

Com base na leitura dos artigos podemos evidenciar as seguintes categorias.

3.1. Idosos que tem conhecimento das IST, mas tem receio de falar sobre sua sexualidade

Relatados pelos autores do A2, A3 e A14 que o idoso tem receio de abordar o tema nas consultas deixando de lado a sexualidade, mesmo tendo conhecimento das doenças uma vez que o profissional de saúde não aborda o tema em questão. É importante que os idosos, principalmente aqueles que ainda praticam relação sexual, tenham orientações sobre a educação sexual, pelos profissionais da área da saúde, de maneira especial o enfermeiro, passando a ter conhecimento da importância do uso de preservativos durante o ato sexual, afim de que sejam evitados certos tipos de doenças.

Em A3, A9, A12 evidenciamos que com as conquistas obtidas por esse grupo, nas últimas décadas, o prolongamento da vida sexual passa a ser ponto merecedor de destaque. Perante o avanço da ciência direcionada para a sexualidade do idoso, ampliou-se a oportunidade de encontros e relacionamentos entre essa população. Estas novas formas de vivenciar o envelhecimento repercutem no aumento dos casos de algumas doenças relacionadas ao sexo. Dessa forma, faz-se necessário que os profissionais de saúde e autoridades criem mais espaços de discussão e mais programas de prevenção relacionados ao tema.

Apesar de a sexualidade ser algo inerente à vida e à saúde, que é manifestada desde o nascimento do ser humano até a morte, ainda é um assunto cheio de discriminação e preconceitos, principalmente, quanto à sexualidade do idoso. Sendo que os idosos relatam que gostariam que fosse como na juventude, como nos primeiros anos após o casamento, porém afirmaram não discutir essa temática em seu cotidiano. O medo do preconceito familiar, social e até do parceiro parece ser o motivo da não abordagem acerca do assunto.

3.2. De profissionais de enfermagem que tem conhecimento da sexualidade dos idosos, mas não abordam o tema abertamente

Os autores de A5, A6, A15 e A16 relatam que, faz-se necessária a educação permanente dos profissionais na temática, de forma que possam contribuir para a

implantação exitosa das políticas de promoção e prevenção às IST e AIDS, enfatizando a população idosa.

O fato de o idoso ser excluído pelos profissionais de saúde como suscetível às IST/AIDS e por eles próprios também não se perceberem vulneráveis, faz com que eles não tenham acesso à informação. Assim, o profissional de saúde possui a responsabilidade de orientar a pessoa idosa quanto aos riscos de adquirir o HIV e aconselhá-la a realizar o teste anti-HIV, bem como outras IST.

Não só o idoso deve mudar a sua percepção quanto à vulnerabilidade às IST/AIDS, mas também todos os profissionais de saúde, no sentido de contribuir para uma melhor prevenção da infecção, bem como para se detectar a doença em estágios mais precoces, aumentando a sobrevida dessa população. É necessário que o enfermeiro estimule o idoso a conversar, auxiliando na qualidade de vida do mesmo, buscando oferecer o melhor de seus conhecimentos para promover uma assistência de enfermagem eficiente. Se a ocorrência de atividade sexual na terceira idade fosse considerada pelos profissionais da saúde como algo natural, o estímulo à prevenção das IST/AIDS e o encaminhamento dessa pessoa para o exame de HIV, se tornaria um procedimento rotineiro, assim como é realizado com a população mais jovem.

A10, A6 e A17 são estudos que mostram ser necessário que a equipe de enfermagem perceba o envelhecimento além das doenças, buscando uma reestruturação dos serviços para receber essa clientela, juntamente com uma capacitação dos profissionais para atender essas particularidades, porque o idoso tem características específicas da sua vivência que precisam ser enxergadas por pessoas capacitadas.

A partir de investigação é possível evidenciar os elementos da vulnerabilidade de idosos às IST e AIDS. Em virtude do contexto biopsicossocial no qual o idoso está enquadrado, percebe-se que a terceira idade corresponde a uma fase de grande vulnerabilidade às doenças infecciosas. Estudos mostraram que ainda existem muitos tabus referentes à sexualidade dos idosos, e consequentemente, poucos esclarecimentos sobre prevenção, transmissão e demais questões envolvendo IST e AIDS. Grande parte dos enfermeiros possui conhecimento sobre a sexualidade na velhice, mas ainda possuem atitudes conservadoras sobre o assunto. Então, faz-se necessário dar ênfase ao modo como os profissionais percebem, conceituam, bem como agregam medo, preconceito, vergonha e falsas ideologias acerca da temática. Isso deve ser visto como barreiras para deflagrar processos de educação em saúde nos espaços coletivos tão presentes na Estratégia Saúde da Família.

3.3. A falta de informação sobre a sexualidade do idoso de forma geral e sua qualidade de vida

Para A12, A13, A15 e A18, o idoso é parte importante da pesquisa em qualidade de vida, devido à relevância que a longevidade trouxe à vida humana. Para os idosos, população com prevalência aumentada de doenças, a dimensão Saúde tem importância fundamental para sua qualidade de vida. Concluiu que hoje o acesso à informação sobre diversos assuntos é facilitado, havendo investimento em veiculações por meio da mídia sobre questões relacionadas à sexualidade e às doenças sexualmente transmissíveis; porém, a população idosa ainda enfrenta grandes barreiras no reconhecimento da sua sexualidade, fator que dificulta a proposição de ações para abordar essa questão, a fim de minimizar os danos à saúde sexual dos idosos.

O uso de medicamentos que melhoram o desempenho sexual e os tratamentos hormonais, em idades mais avançadas ocasiona o aumento da qualidade de vida, o incentivo à socialização e à retomada de vínculos ao envelhecer, possibilitando encontros entre os idosos. Estes encontros têm permitido o redescobrimento de novas experiências e contribuído para o aumento da atividade sexual entre idosos. Foi observado que a ausência de conhecimento sobre a sexualidade do idoso desencadeia um processo depreciativo e a perpetuação do preconceito social, o que reforça a imagem de um idoso insano e incapaz de exteriorizar a sua sexualidade.

3.3. A importância do sexo para a população idosa

A15 descreve que é possível evidenciar que os idosos entendem que a sexualidade faz parte da vida como uma necessidade humana, alívio para as tensões e, principalmente, como sinônimo do próprio ato sexual daí sua importância. Também, foi observado que há disposição para o envolvimento sexual e satisfação em sua vida sexual, mesmo que as relações ocorram com um maior espaçamento de tempo e não sejam tão intensas ou demoradas.

Sabemos que o acontece na realidade é a diminuição na intensidade dos atos sexuais e não a perda do desejo, ele continua com a idade avançada o que muda é a intensidade de como será praticado nesse novo cenário da vida, o sexo continua tendo sua importância, assim como na juventude, mas agora com suas limitações, que precisam ser

respeitadas e conhecidas para que os idosos possam viver sua sexualidade de forma natural respeitando sua importância para os idosos assim como para os jovens.

A sexualidade é um elemento fundamental para uma boa qualidade devida dos idosos, porém se faz necessário conhecimento de como eles a percebem a vivenciam, permitindo a obtenção de informações relativas ao tema que poderão subsidiar os profissionais de saúde, com vistas ao planejamento de ações específicas e objetivando a atenção integral. Além disso, ao buscar conhecer o que os idosos pensam acerca da sexualidade na velhice, considera-se que esse resultado possa despertar o interesse dos profissionais de saúde sobre a temática, ampliando o conhecimento e propondo intervenções junto a este contingente populacional. Contudo, embora a sexualidade seja algo inerente à vida e à saúde, manifestada desde o nascimento do ser humano até a morte, este é um assunto cheio de discriminação e preconceitos, principalmente, quanto à sexualidade do idoso. (NERY & VALENÇA, 2014).

Conforme relata Andrade *et al.* (2017), a prevalência de IST na população idosa vem sendo associada, de forma independente, ao sexo feminino e à história de IST, apontando para vulnerabilidade individual e programática. Para intervir nesta realidade sugere-se desenvolver atividades educativas com mulheres, de forma que se sintam em condições para negociarem a prática de sexo seguro. Sugere-se, também, estabelecimento de estratégias para diagnóstico precoce e implementação de tratamento imediato, interrompendo a cadeia de transmissão, o que pode ser viabilizado pela inserção de ampla anamnese, pelos profissionais de saúde, inclusive com levantamento sobre a história sexual, com oferta de sorologia, nos casos de história de IST e em outras situações de vulnerabilidade.

Frente ao exposto, deve-se refletir que os processos formativos dos enfermeiros quanto à sexualidade na velhice precisam aliar teoria e prática, valorizando os aspectos sociais e culturais da população assistida, visto que isso seria de fundamental valia para uma prestação de saúde com maior qualidade. Apesar do desafio posto pelos novos conceitos e novas práticas no que se refere à sexualidade na velhice, o contínuo investimento no processo de educação permanente em saúde (EPS) constitui, possivelmente, a alternativa mais segura para que profissionais possam adotar conhecimentos/atitudes favoráveis e flexíveis nas questões relacionadas à promoção da saúde sexual dos idosos (EVANGELISTA *et al.*, 2019).

Na realidade atual do contexto brasileiro no que diz respeito a pessoa idosa existe o velamento quer seja na mídia, no seio familiar ou na sociedade. A omissão por parte da

sociedade em reconhecer a velhice como uma etapa natural e a negligência do Estado na efetivação de políticas eficazes de prevenção e fiscalização, trazem em evidência a necessidade da criação de medidas que proporcionem um envelhecimento com qualidade. Neste sentido a Constituição Federal de 1988 propõe no seu artigo 3º, "a promoção do bem-estar de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação (SILVA *et al*., 2018)".

Para Silva *et al*. (2018) a sexualidade é ainda pouco compreendida por se tratar de uma área de difícil abordagem. A falta de informação aliada à ignorância sobre o tema contribui para que estigmas continuem sendo fortalecidos. As pesquisas voltadas à área contribuirão para a quebra de tabus e quiçá mudanças comportamentais acerca do imaginário social quanto a sexualidade do idoso.

4. CONCLUSÃO

A sexualidade na terceira idade é um assunto que gera preconceito. Diferente do que muitos pensam, os idosos sentem desejo sexual. No entanto, a sociedade determina que a pessoa idosa não necessite de sexo, por meio disso muitos idosos abstêm-se do seu prazer para não serem lançados à margem da sociedade. Assim, almeja-se uma melhor aceitação da sexualidade na terceira idade, principalmente com maior naturalidade.

Faz-se necessário que a sociedade procure se informar sobre esse assunto, e os familiares, profissionais e principalmente esses idosos tenham uma mudança de consciência. A sexualidade mantém-se em construção ao longo da trajetória do ser humano, e frente a este processo, destaca-se o papel do enfermeiro como educador. Entendemos que a sexualidade na terceira idade requer articulação e preparo dos profissionais de saúde para melhor preencher as lacunas no que diz respeito ao tema em questão, e para que haja uma melhor interação de confiança entre profissional e idoso, para promover uma melhor assistência de enfermagem.

Concluímos com análise no estudo que os idosos são sexualmente ativos, e estão precisando de orientações sobre sexo seguro, o que prova esse fato é a quantidade atual de idosos com IST. Sendo assim os profissionais precisam ser capacitados a trabalhar o tema em questão abertamente, para que os idosos percam o medo de falar sobre sua sexualidade e tomem conhecimento sobre a necessidade do uso de preservativo na terceira idade, contribuindo assim para a diminuição das IST nesta população.

5. REFERÊNCIAS

ANDRADE, J. *et al*. Vulnerabilidade de idosos a infecções sexualmente transmissíveis. Acta Paulista de Enfermagem, v. 30, p. 8, 2017.

DE ALENCAR, D.L *et al*. Fatores que interferem na sexualidade de idosos: uma revisão integrativa. Ciência & Saúde Coletiva, v. 19, p. 3533, 2014.

DE ARAÚJO, B.J. *et al*. Qualidade de vida e sexualidade na população da terceira idade de um centro de convivência. Revista de Divulgação Científica Sena Aires, v. 6, p. 85, 2017.

DE BRITO, N.M.I. *et al*. Idosos, Infecções sexualmente transmissíveis e aids: conhecimentos e percepção de risco. ABCS Health Sciences, v. 41, p. 140, 2016.

DE CASTRO, S.F.F. *et al*. Sexualidade na terceira idade -: a percepção do enfermeiro da estratégia saúde da família. Revista de Enfermagem UFPE, v. 10, p. 5907, 2013.

DORNELAS NETO, J. *et al*. Doenças sexualmente transmissíveis em idosos: uma revisão sistemática. Ciência & Saúde Coletiva, v. 20, p. 3853, 2015.

DOS SANTOS, N.F.V. *et al*. Ações de educação em saúde sobre sexualidade com idosos. Saúde em Redes, v. 3, p. 162, 2017.

EVANGELISTA, A.R. *et al*. Sexualidade de idosos: conhecimento/atitude de enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 53, p. 1, 2019.

LIMA, P.M. *et al*. Disfunção erétil no homem idoso. Revista de Medicina e Saúde de Brasília, p. 128, 2016.

MAHMUD, I.C. *et al*. O HIV, os idosos e a sexualidade: uma reflexão sob o olhar da bioética. Revista da Sorbi, v. 6, p. 2, 2018.

MARQUES, A.D.B. *et al* A vivência da sexualidade de idosos em um centro de convivência. Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro, v. 3, p. 1768, 2015.

MOURA, D.S. *et al.* Sexualidade na terceira idade: uma discussão acerca das medidas de prevenção do hiv/aids. Revista Ciência & Saberes-facema, v. 3, p. 407, 2017.

NERY, V.A.S. & VALENÇA, T.D.C. Sexo e sexualidade no processo de envelhecimento. Ciência & Desenvolvimento: Revista Eletrônica da Fainor, v. 7, p. 20, 2014.

PARADELLA, R. Número de idosos cresce 18% em 5 anos e ultrapassa 30 milhões em 2017. Agência IBGE Notícias, 26 abr. 2018. Disponível em: https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/20980-numero-de-idosos-cresce-18-em-5-anos-e-ultrapassa-30-milhoes-em-2017. Acesso em: 01 fev. 2020.

PEIXER, T.C. *et al*. Sexualidade na terceira idade: percepção de homens idosos de uma estratégia de saúde da família. Journal of Nursing and Health, v. 2, p. 131, 2015.

SAMPAIO, R.F. & MANCINI, M.C. Estudos de revisão sistemática: um guia para síntese criteriosa da evidência científica. Revista Brasileira de Fisioterapia, v. 11, p. 83, 2017.

SILVA, J.D.B. *et al*. Vulnerabilidade às infecções sexualmente transmissíveis/ aids em idosos. Revista Uningá, v. 53, p. 19, 2017.

SILVA, K.S. *et al*. Concepções da sexualidade na terceira idade: um estudo sobre a sexualidade do idoso institucionalizado. Periódicos da UFES, p. 1, 2018.

SILVA, L.F.A. & PINTO, A.A.M. Sexualidade na terceira idade: a visão dos idosos de um município do interior do estado de São Paulo. Revista Eletrônica Acervo Saúde, v. 11, p. 1, 2019.

THEIS, L.C. & GOUVEA, D.L. Percepção dos idosos em relação a vida sexual e as infecções sexualmente transmissíveis na terceira idade. Revista Brasileira de Ciências da Saúde, v. 23, p. 197, 2019.

Capítulo 33

PROTOCOLOS DE COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS EM SAÚDE: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Rodrigo S Maia[1]

[1]Doutor em Psicologia. Docente do curso de Psicologia, Universidade Federal do Ceará, Sobral/CE.

Palavras-chave: *Comunicação de más notícias; saúde; revisão de literatura.*

1. INTRODUÇÃO

A comunicação é uma atividade humana básica. Trata-se de um processo que é definido como uma interação, em que duas ou mais pessoas trocam mensagens linguísticas e/ou gestuais, havendo sempre um emissor e um receptor da mensagem. Neste processo, a comunicação pode ocorrer verbalmente e de modo não verbal, ocorrendo neste encontro à troca de informações e compartilhamento de conhecimento, sentimentos e emoções entre os envolvidos nesta (PEREIRA *et al.*, 2012).

A comunicação é um processo complexo e interpessoal, que é amplamente utilizado no campo da saúde, seja na educação em saúde, em ações de prevenção de agravos e promoção de saúde e, em especial, na comunicação de más notícias. Os profissionais de saúde utilizam a ferramenta da comunicação em diversos âmbitos da sua atuação, quer seja na triagem e entrevista inicial com seu cliente, seja na transmissão de diagnósticos e prognósticos ou na informação de procedimentos, terapêuticas e desfechos clínicos. Assim, o desenvolvimento de habilidades comunicacionais é imprescindível pelo profissional de saúde, de modo que estas o permitam interagir e transmitir informações com qualidade, eficácia e precisão (SILVA, 2012; CORIOLANO-MARINUS *et al*., 2014; MONTEIRO & QUINTANA, 2016).

As más notícias, que permeiam o fazer em saúde, correspondem a toda e qualquer informação que acarrete em uma transformação substancial, drástica e negativa na vida da pessoa e/ou seus familiares, e que impacte em sua perspectiva de futuro. São exemplos

destas: a comunicação de um diagnóstico de uma doença crônica, a própria notícia da necessidade de uma internação hospitalar e/ou de um procedimento de alta complexidade, por exemplo. Estas comunicações poderão ser geradoras de ansiedade, tristeza, estresse e impactar sobre o bem-estar biopsicossocial dos pacientes e os familiares que recebem a má notícia (LINO *et al*., 2011; HANRATTY *et al*., 2012; PAVÃO & MONTALVÃO, 2016; FONTES *et al*., 2017).

Estas têm o potencial de afetar negativamente a qualidade e expectativa de vida da pessoa que recebe a notícia, e pode desconstruir sonhos e esperanças, gerar mudanças no estilo de vida e um futuro diferente do esperado para aquele indivíduo e seus familiares. É notório, portanto, que o ato de transmitir más notícias estará presente em algum momento de atuação profissional das diferentes profissões de saúde. Comunicar más notícias trata-se de uma tarefa difícil, porém necessária entre estes (LINO *et al*., 2011; PEREIRA *et al.*, 2012).

Uma causa de reclamações contra a equipe de saúde é em razão da comunicação de más notícias. Comumente, os profissionais de saúde, por medo, temor e pela representação de que a comunicação de más notícias é sinônimo de fracasso, utilizam uma postura técnica, dura ou ríspida nesta comunicação. Pode ocorrer, ainda, entre estes, o fenômeno da "Sensação de Espelho", fenômeno em que o profissional se projeta no paciente, sendo empático, vendo a ele próprio projetado no sofrimento do paciente e de seus familiares, levando-o a um mecanismo de afastamento e evitação do problema, distanciando-se daquele que necessita de cuidado, para evitar o seu próprio sofrimento e dor diante do quadro. Outra prática recorrente, entre profissionais de saúde, é o "Pacto do Silêncio", que consiste em um conluio implícito ou explícito, por parte de familiares e amigos com os profissionais de saúde, objetivando alterar a informação ou não informar o paciente sobre seu diagnóstico ou gravidade de seu quadro, o qual, comumente, tem sido apoiado pelos profissionais de saúde, uma vez que este distancia-os ou previne-os de lidar com o sofrimento do paciente diante da notícia ruim (VITORINO *et al*., 2007; PEREIRA *et al*., 2012; RODRIGUEZ, 2014; LEAL-SEABRA & COSTA, 2015).

Sendo assim, na tentativa de atenuar o impacto que a comunicação de más notícias pode acarretar entre os receptores, seus familiares e entre a própria equipe de saúde, a literatura disponibiliza protocolos que orientam sobre a sistematização na transmissão de uma má notícia. Estes protocolos visam evitar a postura paternalista, comum aos profissionais de saúde, que, em alguns casos, decidem pelo paciente o quanto de informação irão disponibilizar. Estes têm o objetivo de tornar a transmissão da má notícia

o menos traumático e impactante possível, ainda que estas orientações não deem garantia de sucesso nesta comunicação (LINO *et al*., 2011; PEREIRA *et al*., 2012).

A literatura cita que tais protocolos são criados com o intuito de facilitar a comunicação de más notícias e o gerenciamento das emoções diante destas. A utilização destes protocolos norteia a prática, sendo apontado como de grande benefício e utilidade para os profissionais de saúde o seu uso, de modo que estes podem colaborar no enfrentamento de adversidades e obstáculos que possam surgir na comunicação dessas más informações (KOCH *et al*., 2017).

Em resumo, estes protocolos sugerem que nesta interação comunicativa os profissionais estabeleçam uma relação empática e de confiança com o paciente e seus familiares, apropriem-se da história clínica do cliente, enxerguem-no em sua integralidade. Estes sugerem ainda que se prepare um ambiente confortável e favorável à transmissão da notícia, considerando tempo, o uso de uma linguagem acessível e compreensível, e avaliando o quanto o paciente e seus familiares querem saber sobre a notícia. Após esta comunicação, orienta-se no encorajamento da busca por esclarecimentos e a expressão de emoções e sentimentos após a comunicação, além de ser necessário que o profissional reflita sobre seus próprios sentimentos e emoções diante da comunicação realizada (VITORINO *et al*., 2007).

Diante da necessidade de sistematização destes diferentes protocolos de orientação, o presente estudo tem por objetivo caracterizar os principais protocolos estruturados voltados à comunicação de más notícias em saúde. Além disso, pretende-se descrever, ainda, os estudos que discutam o uso desses protocolos na prática profissional, na formação acadêmica e no âmbito da pesquisa em saúde.

2. MÉTODO

Para a realização desta revisão integrativa, realizaram-se buscas por artigos nas bases de dados *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), selecionando a base de dados Literatura Latino Americana em Ciências da Saúde (LILACS) e a *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), e no Portal de Periódicos CAPES. Durante as buscas foram utilizadas a seguinte expressão: "comunicação de más notícias" *AND* "bad news".

Enquanto critérios de tempo das publicações, não se utilizou um corte temporal específicos para a seleção do material informacional. Incluíram-se aqui artigos

disponíveis na íntegra, que atendessem ao objetivo do estudo, ou seja, apresentar os principais protocolos utilizados na comunicação de más notícias em saúde e avaliassem o uso desses protocolos no exercício profissional e na pesquisa em saúde.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Ao todo foram encontrados 89 artigos a partir das palavras chaves utilizadas. Nestes estudos foram identificados e citados 03 (três) protocolos de comunicação de más notícias em saúde, sendo estes apresentados na Figura 1.

Figura 1. Protocolos de comunicação de más notícias em saúde

Nº	Protocolo:	Características:	Etapas:	Autor:
01	SPIKES	Protocolo que usa a empatia, validam e reconhecem a dor do paciente e família, fornece informações e explora a aceitação da informação.	S (Setting up the interview): preparar o ambiente; P (Perception): percepção do paciente e família sobre a situação; I (Invitacion): obter informação sobre o desejo de informação e avaliar o que se deseja saber; K (Knowledge): emitir a informação adequadamente, compartilhando com gradativamente e com suavidade; E (Emotions): Reconhecer as emoções e reações do paciente e família, com empatia; S (Strategy): minimizar a ansiedade, sumarizando informações e descrevendo o plano terapêutico. Nesta etapa deve-se verificar se as informações estão sendo compreendidas.	Baile et al. (2000)
02	NURSE	Protocolo para responder e aceitar a angústia emocional do paciente. Estimula o desenvolvimento de competências e habilidades relativas a postura do profissional diante do paciente e família que recebe a má notícia.	N (Naming): consiste em nomear a emoção e demonstrar sensibilidade ao sofrimento do outro; U (Understanding): compreender medos e preocupações do paciente, de modo a dar respostas empáticas; R (Respecting): tratar o paciente com respeito, dignidade e com humanização; S (Supporting): Consiste em apoiar o paciente, fornecendo informações, escuta e promovendo grupos e espaços de apoio; E (Exploring): explorar as emoções, sentimentos e e preocupações do paciente e familiares.	NC
03	PACIENTE	Protocolo que prepara o ambiente, busca identificar o quanto o paciente quer saber, convida-o a encarar a má notícia, discute as emoções e explora o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento a má notícia.	P (Prepare): preparar o ambiente, de modo a garantir privacidade, conforto, evitar barreiras físicas e apropriar-se da informação a ser comunicada; A (Avalie): avaliar o quanto o paciente já tem de informação e o quanto este quer saber de novos dados; C (Convite à verdade): convidar o paciente a receber as comunicações; I (Informação): aguardar tempo para informar sobre sobre o estado do paciente. Oferecer informações de modo claro, honesto, mantendo-o esperançoso e, ao mesmo tempo, sendo realista. E (Emoções): explorar as emoções, permitindo que o paciente se expresse no tempo dele; Etapa em que pode utilizar-se do toque e para dar esclarecimentos às dúvidas do paciente e família; N (Não abandone o paciente): apoiar e não abandonar o paciente; TE (Trace a Estratégia): descrever a estratégia ou terapêutica deste momento em diante.	Pereira et al. (2017)

Legenda: NC: não consta informação. **Fonte:** elaborada pelo autor, 2020.

Dentre os estudos revisados, percebe-se o predomínio do uso do protocolo SPIKES como referência – quer seja na avaliação da notícia recebida pelos pacientes e familiares, quer seja no uso deste protocolo para treinamento do profissional de saúde. Não foram constatados estudos que discutissem ou avaliassem o uso do protocolo NURSE no exercício profissional e na pesquisa no campo da saúde.

A comunicação de más notícias será crucial à adesão a terapêutica após a transmissão da informação, mas ainda são escassos os estudos que problematizam as comunicações de más notícias baseando-se em estudos interventivos, os quais poderão gerar, por sua vez, práticas em saúde baseados em evidências científicas (COUTINHO *et al*., 2014).

O estudo de Chehuen Neto *et al*., (2013) apontou que, na avaliação de pacientes, havia um despreparo na comunicação de más notícias entre os profissionais de saúde. A informação, quando repassada, pode ser fundamental ao processo de hospitalização e/ou adesão ao tratamento, bem como sobre os aspectos psicossociais e emocionais relacionados ao processo saúde-doença do paciente e de seus familiares. Sobre isto, Moraes *et al.,* (2017) realizaram uma pesquisa sobre o impacto das informações recebidas por familiares de pacientes internados em uma Unidade de Terapia Intensiva. Neste estudo foi possível verificar a importância da comunicação realizada entre os familiares, as quais impactaram positivamente em sua ansiedade, bem como na apropriação dos conhecimentos sobre o ambiente de internação do paciente que acompanhavam.

Destaca-se que os protocolos apresentados neste estudo foram elaborados, essencialmente, por profissionais médicos e/ou enfermeiros (BAILE *et al*., 2000; PEREIRA *et al*., 2012; PEREIRA *et al*., 2017). Coutinho e Costa Júnior (2014) apontam que se faz necessária a contribuição da Psicologia para o campo da comunicação entre médico e pacientes/familiares, uma vez que esta área do saber se preocupa com os aspectos psicossociais envolvidos na relação médico-paciente e no impacto da comunicação das más notícias para a tríade paciente, família e equipe.

Diversos artigos revisados concluíram que se faz necessária a curricularização do ensino da comunicação de más notícias na formação dos profissionais de saúde (COUTINHO & RAMESSUR, 2016; FERREIRA DA SILVEIRA *et al.,* 2017; SETUBAL *et al.,* 2017). Nonino *et al.,* (2012) revisaram estudos que indicassem evidências, em publicações científicas, sobre a eficácia de treinamentos prático-vivenciais para profissionais de saúde. A revisão verificou que os treinamentos podem colaborar na aquisição e desenvolvimento das competências comunicacionais, dentre elas à comunicação de más notícias, mas que os estudos revisados – apenas sete –, não são conclusivos quanto a esta sugestão. Isto pode ser explicado também pela escassez de pesquisas sistemáticas sobre a temática da comunicação de más notícias, quer seja sobre os impactos destas aos envolvidos – paciente, família e equipe –, bem como acerca do

treinamento destas (NONINO *et al.*, 2012; SOUZA & SOUZA, 2012; COUTINHO *et al.*, 2014; FONTES *et al.*, 2017).

Ferreira da Silveira *et al.*, (2017) identificaram que sentimento de culpa e medo permeiam a prática da comunicação de más notícias entre os entrevistados. Payán *et al*. (2009) apontam que sentimentos como tristeza, ansiedade, desesperança, frustração, medo e culpa permeiam a prática de profissionais de saúde. A comunicação de más notícias reforça tais sentimentos, por infringir a representação social de que os profissionais de saúde devem ser resolutivos e alcançar a tão almejada cura e sucesso terapêutico diante de seus pacientes. No entanto, os autores sugerem que esta perspectiva curativa precisa ser substituída por uma perspectiva que preconiza o cuidado independente do desfecho, de modo que tais sentimentos possam ser minimizados diante de situações que a má notícia se faça proeminente.

Coutinho e Ramessur (2016) sugeriram o uso de abordagens práticas no ensino da comunicação de más notícias entre estudantes de medicina. O uso de técnicas práticas tem se mostrado eficaz no ensino de habilidades clínicas em saúde. Bonamigo e Destefani (2010) apontam que a dramatização tem sido uma estratégia frequentemente aplicada ao ensino de comunicação de más notícias a pacientes e familiares no ensino de medicina, mostrando-se eficaz e adequada para este fim no âmbito da formação médica. Tapajós (2007) sugere também o uso das artes cinemáticas – filmes, curta-metragem e documentários –, no processo de desenvolvimento da competência comunicacional entre estudantes de medicina. Além disso, a aplicação de técnicas de role playing e sociodrama, técnicas de inspiração do psicodrama, têm sido utilizadas para incrementar habilidades de relacionamento interpessoal, para manejo de emoções e comportamento e para melhorar habilidades de comunicação e aptidões clínicas entre estudantes de medicina, sugerindo que estratégias vivenciais são oportunamente adequadas para o ensino das habilidades comunicativas (LIBERALI & GROSSEMAN, 2015).

4. CONCLUSÃO

A comunicação de más notícias é um processo complexo e interpessoal, que é amplamente utilizado no campo da saúde. Trata-se de uma tarefa difícil, porém necessária no fazer do profissional de saúde. Com o objetivo de minimizar o impacto da comunicação das más notícias ao paciente, à família e à equipe, percebe-se a existência de protocolos que sistematizam a transmissão de uma má notícia. A partir dessa revisão

identificaram-se três protocolos: SPIKES, NURSE e PACIENTE. Estes protocolos, em resumo, auxiliam o profissional a usar a empatia na comunicação da notícia, o amparam no manejo de suas próprias emoções e sentimentos e dá diretrizes sobre como proceder diante desse processo.

Neste estudo foram verificados 85 estudos que tratam desses protocolos na prática de profissionais de saúde, no âmbito do ensino e da pesquisa em saúde, verificando-se predomínio do protocolo SPIKES. Salienta-se que a comunicação de más notícias será crucial à adesão a terapêutica após a transmissão da informação, sendo necessário o incremento de pesquisas que investiguem como o uso do protocolo poderá impactar sobre o prognóstico e adesão ao tratamento por parte dos pacientes, familiares e equipe. Ademais, os achados sugerem a curricularização do ensino desses protocolos me modo sistemático na formação em saúde, as quais devem fundamentar-se em abordagens prático-vivenciais para o ensino da comunicação de más notícias.

5. REFERÊNCIAS

BAILE, W.F. *et al*. SPIKES - A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. The Oncologist, v. 5, p. 302, 2000.

BONAMIGO, E.L. & DESTEFANI, A.D.S. A dramatização como estratégia de ensino da comunicação de más notícias ao paciente durante a graduação médica. Revista Bioética, v. 18, p. 725, 2010.

CHEHUEN NETO, J.A. *et al*. Profissionais de saúde e a comunicação de más notícias sob a ótica do paciente. Revista Médica de Minas Gerais, v. 4, p. 51, 2012.

CORIOLANO-MARINUS, M.W.L. *et al*. Comunicação nas práticas em saúde: revisão integrativa da literatura. Saúde e Sociedade, v. 23, p. 1356, 2014.

COUTINHO, S.M.G. & COSTA JÚNIOR, A.L. Dificuldades metodológicas em estudos sobre comunicação médico-paciente em Oncologia. Psicologia Argumento, v. 32, p. 119, 2014.

COUTINHO, F. & RAMESSUR, A. An overview of teaching communication of bad news in medical school: Should a lecture be adequate to address the topic? Acta Medica Portuguesa, v. 12, p. 826, 2016.

FERREIRA DA SILVEIRA, F.J *et al.* Breaking bad news: doctors' skills in communicating with patients. São Paulo Medical Journal, v. 135, p. 323, 2017.

FONTES, C.M.B. *et al*. Comunicação de más notícias: revisão integrativa de literatura na enfermagem. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 70, p. 1089, 2017.

HANRATTY, B. *et al*. Breaking bad news sensitively: what is important to patients in their last year of life? BMJ Supportive & Palliative Care, v. 2, p. 24, 2012.

KOCH, C.L. *et al.* Más notícias: significados atribuídos na prática assistencial neonatal/pediátrica. Revista Bioética, v. 25, p. 577, 2017.

LEAL-SEABRA, F. & COSTA, M.J. Comunicação de más notícias pelos médicos no primeiro ano de internato: um estudo exploratório. FEM: Revista de la Fundación Educación Médica, v. 18, p. 387, 2015.

LIBERALI, R. & GROSSEMAN, S. Use of Psychodrama in medicine in Brazil: a review of the literature. Interface - Comunicação, Saúde, Educação, v. 18, p. 561, 2015.

LINO, C.A. *et al*. Uso do protocolo Spikes no ensino de habilidades em transmissão de más notícias. Revista Brasileira de Educação Médica, v. 35, p. 52, 2011.

MONTEIRO, D.T. & QUINTANA, A.M. A comunicação de Más Notícias na UTI: Perspectiva dos Médicos. Psicologia: Teoria e Pesquisa, v. 32, p. 1, 2016.

MORAES, A.S. *et al.* Utilização de Vídeo explicativo como Recurso Auxiliar para Acolhimento de Famílias em Visita à UTI. Revista Psicologia e Saúde, v. 9, p. 139, 2017.

NONINO, A. *et al.* Treinamento médico para comunicação de más notícias: revisão da literatura. Revista Brasileira de Educação Médica, v. 36, p. 228, 2012.

PAVÃO, T.L. & DE MONTALVÃO, T.C. Mães acompanhantes de crianças cardiopatas: repercussões emocionais durante a hospitalização. Revista Psicologia e Saúde, v. 8, p. 67, 2016.

PAYÁN, E.C. *et al.* Barriers and facilitating communication skills for breaking bad news: from the specialists' practice perspective. Colombia Médica, v. 40, p. 158, 2009.

PEREIRA, A.T.G. *et al.* Communication of bad news: systematic literature review. Journal of Nursing UFPE, v. 7, p. 227, 2012.

PEREIRA, C.R. *et al*. The P-A-C-I-E-N-T-E Protocol: An instrument for breaking bad news adapted to the Brazilian medical reality. Revista da Associação Médica Brasileira, v. 63, p. 43, 2017.

RODRIGUEZ, M.I.F. Despedida silenciada: equipe médica, família, paciente – cúmplices da conspiração do silêncio. Psicologia Revista, v. 23, p. 261, 2015.

SETUBAL, M.S.V. *et al*. Breaking bad news training program based on video reviews and SPIKES strategy: What do perinatology residents think about it? Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, v. 39, p. 552, 2017.

SILVA, M.J.P. Comunicação de más notícias. O Mundo da Saúde, v. 1, p. 49, 2012.

SOUZA, R.A.P. & DE SOUZA, S.R. Complex care: Communicating bad news in oncology. Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online, v. 4, p. 2920, 2012.

TAPAJÓS, R. A comunicação de notícias ruins e a pragmática da comunicação humana: o uso do cinema em atividades de ensino/aprendizagem na educação médica. Interface - Comunicação, Saúde, Educação, v. 11, p. 165, 2007.

VICTORINO, A.B. *et al*. Como comunicar más notícias: revisão bibliográfica. Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar, v. 10, p. 53, 2007.

Capítulo 34

MORTALIDADE POR CAUSAS EXTERNAS EM UMA CIDADE DO CENTRO SUL PIAUIENSE

João B de C Silva[1], Bruna A Gomes[1], Renato Juvêncio[1], Fernanda K C Macedo[2], Maria D L Moraes[2], Ana J R de S Castro[2], Sabrinna G B Damasceno[2], Levi D de S Moura[3], Antônia S de J Sousa[4], Roseanne de S Nobre[5], Francisco G F Pereira[6]

[1] Discente de Enfermagem, Universidade Federal do Piauí, Picos/PI.
[2] Discente de Medicina, Universidade Federal do Piauí, Picos/PI.
[3] Especialista em Enfermagem, Universidade Federal do Piauí, Picos/PI.
[4] Docente do Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Piauí, Picos/PI.
[5] Docente do curso de técnico em enfermagem, Instituto Federal de Alagoas, Maceió/AL.
[6] Docente do Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Piauí, Picos/PI.

Palavras-chave: *Epidemiologia; emergências; causas externas.*

INTRODUÇÃO

As causas externas de morbimortalidade que compreendem as diversas formas de acidente e violência são classificadas pelo Ministério da Saúde como uma das mais alarmantes expressões da violência. A evolução da mortalidade por esse grupo de causas tem sido acompanhada desde 1980, como alvo de muita atenção nos diversos campos do conhecimento, em especial, na demografia e na epidemiologia (MELO *et al*., 2018).

Também conhecidas como causas não naturais, as causas externas, representam um grande desafio para as políticas de saúde pública no país e no mundo, uma vez que é uma das principais causas de mortalidade, internação, reincidência hospitalar e geram custos de internação superiores as ocasionadas pelas causas naturais. Sua magnitude ainda está associada às elevadas taxas de incidência e prevalência (MESSIAS *et al*., 2018).

Quanto a sua origem, podem ser intencionais, derivadas de alguma forma de violência, como por exemplo agressão, homicídio, lesões autoprovocadas, violência sexual, entre outras. Ou não intencionais, caracterizadas pelos acidentes como envenenamento ou outras causas exógenas, dentre elas os acidentes de transportes,

quedas, afogamento, suicídios, queimaduras, lesões causadas por deslizamento de terra, enchentes, e outras provocadas por circunstâncias ambientais (CORASSA *et al.,* 2017).

É nesse contexto, que essa etiologia assume um caráter epidêmico. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), aproximadamente 5,1 milhões de mortes são atribuídas a essa etiologia, isso evidencia 9% da mortalidade mundial (BATISTA *et al*., 2018). No Brasil, em 2016, foram registrados mais de 1,3 milhões de óbitos, sendo 33,6% por algum tipo de causa desconhecida e 155.861 causas externas, sendo 15,4% causas externas inespecíficas (FILHO *et al.,* 2019).

Todavia, entre as regiões brasileiras, pode-se observar um crescimento ascendente quanto aos óbitos por esse evento nas Regiões Norte e Nordeste, atingindo, em 2014, 18,6% e 17,4% respectivamente. No estado do Piauí, por sua vez, dados demostram que ele é o maior responsável por mortes nos jovens, chegando a 25,5% dos óbitos, já na população adulta há um destaque maior para os acidentes por transporte que chegam a 1,2% (SOUSA *et al.,* 2016; AGRANONIK *et al*., 2017).

É importante ressaltar que há necessidade de aprimoramento no que diz respeito a qualidade dos registros de óbito por causas externas, uma vez que este registro acurado viabiliza as boas práticas de Saúde Pública quanto a intervenções voltadas à redução das taxas de mortalidade por causas externas (AGRANONIK *et al*., 2017; LOPES *et al*., 2018).

Assim, torna-se fundamental oferecer uma compreensão mais ampla sobre a epidemiologia da mortalidade por esse evento, para fins de vigilância em Saúde Pública na cidade de Picos- PI, bem como para implementações de ações que objetivem a redução desses índices, sobretudo pelo fato de serem passíveis de prevenção. Diante disso, este estudo surgiu em virtude da necessidade de responder o seguinte problema: como as causas externas vêm acometendo a população da cidade Picos nos últimos anos?

O aumento crescente da população e da frota de veículos, aliado ao número de Batalhões Rodoviários (BR) que cortam a cidade como a BR-316 (Rodovia Belém- PA/ Maceió - AL), BR- 230 (Rodovia Transamazônica), a BR- 407 (Juazeiro do Norte- BA/ Piripiri - PI), além da cidade como um dos grandes polos comercias do Piauí, concomitante com o crescimento dos casos de violência, são alguns dos fatores que realçam a relevância do acompanhamento epidemiológico desse grupo de causas.

Diante da importância da temática abordada e da sua descrição para fins de vigilância em saúde e tomada de decisão, o presente estudo tem por objetivo analisar o perfil de morbimortalidades por causas externas na população do município de Picos- PI.

2. MÉTODO

Pesquisa epidemiológica, descritiva, retrospectiva e de abordagem quantitativa, realizada a partir de dados extraídos do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020), acerca da população vítima de óbito por causas externas no município de Picos, Piauí, Brasil. A coleta e análise dos dados ocorreu entre janeiro e fevereiro de 2020. Já a amostra, foi composta por 669 casos de óbitos, selecionada de acordo com recorte temporal 2010 a 2017.

O SIM foi criado e implementado pelo Ministério da Saúde em 1995, com o objetivo de unificar dados sobre mortalidade proveniente de todos estados da federação, a fim de fornecer informações para as várias instâncias do sistema de saúde. O documento de entrada do sistema é a Declaração de Óbito (DO), padronizada em todo o território nacional (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

De acordo com a 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10), o grupo de óbitos por causas externas são representados pelos códigos V01 a Y98 constantes no capítulo XX e trata das causas externas de morbidade e mortalidade (DATASUS, 2020).

As variáveis elencadas no estudo foram sexo (feminina e masculina), faixa etária (≤9 anos, 10 a 19 anos, 20 a 39 anos, 40 a 59 anos, ≥60), local de ocorrência (hospital, domicílio, via pública, ignorado), cor/raça (branca, preta, parda e ignorada) e grupo de Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10), correspondendo a acidentes de transporte; quedas; exposição a forças mecânicas inanimadas; afogamento; exposição à corrente elétrica, à radiação, à temperatura e pressão extremas do ar ambiental; envenenamento acidental e exposição a substâncias nocivas; exposição a outros fatores e aos não especificados; lesões autoprovocadas intencionalmente; agressões, dentre outros.

A busca dos dados que integraram as informações da pesquisa foram obtidos seguindo o fluxo: acesso à plataforma DATASUS;· Na aba de acesso à informação, primeiramente foi escolhido o comando informações de saúde (TABNET); em seguida, Estatísticas vitais; Mortalidade pela CID- 10; Mortalidade por causas externas; Em abrangência geográfica, estado Piauí, no período de jan/2010 a dez/2017; Picos, e lista CID-10 – causas externas.

Para composição do estudo foram calculadas as frequências absoluta e relativa para cada período e variável, bem como realizado o cálculo da taxa de mortalidade por causa específica.

No que concerne os aspectos éticos, os dados processados para obtenção das informações presentes no estudo, foram de origem secundária, anônima e de domínio público, coletados em formato de planilha do Microsoft Office Excel 2016, dispensando a obrigação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Entretanto, os pesquisadores realçam o compromisso ético na imparcialidade da análise desses.

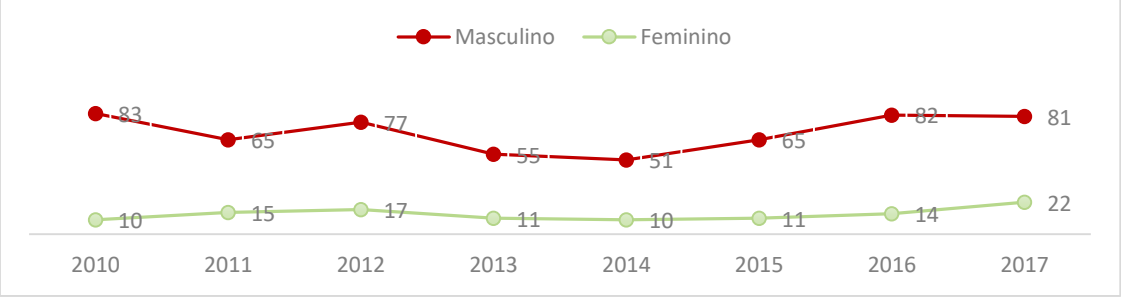
3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nos anos de 2010 a 2017, foram registrados 669 óbitos por causas externas no município de Picos, com média anual de aproximadamente 83,6 óbitos (11,3%) do total de mortalidade geral para este mesmo período que foi de 5.915. O maior decréscimo no número de óbitos por causas externas foi no ano 2014, com 61 óbitos (7,8%) do total por causas externas e uma variação de 9.1% em relação ao ano de 2017, com maior taxa 103 (16,9%).

3.1 Sexo

Em todos os anos do período listado no estudo, o sexo masculino se revelou como o mais acometido quanto ao número de óbitos por causas externas, apresentando uma elevada taxa de 83,6% (n=559 óbitos), com maior pico no ano de 2010 e menor em 2014. Em contra partida, o sexo feminino foi o que menos sofreu óbitos por este grupo de causas, sendo 16,4% do total por causas externas no período avaliado. O maior número de mortes em mulheres foi em 2010 e menor em 2014. A variação anual para ambos os sexos poder ser observada no gráfico abaixo (Gráfico 1).

Gráfico 3. Mortalidade por sexo na cidade de Picos-PI. No período de 2010- 2017

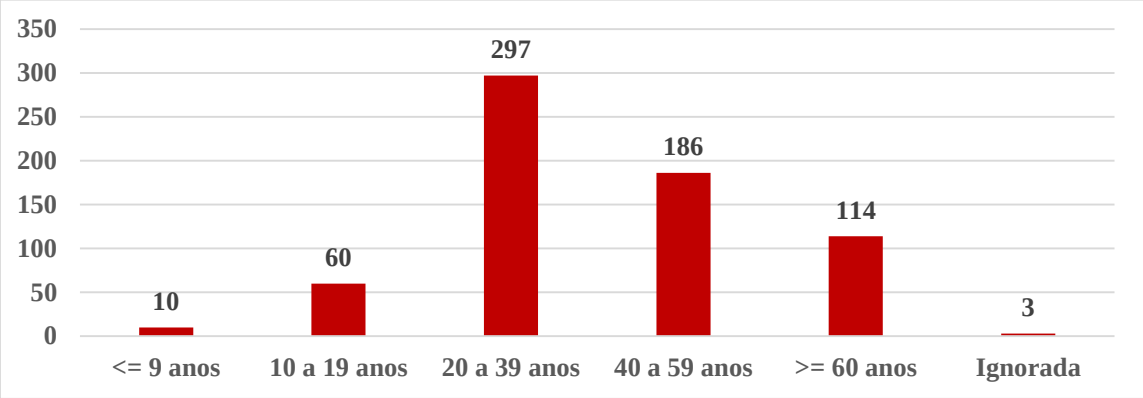


Fonte: Adaptado de DATASUS, 2020.

3.2 Faixa etária

As faixas etárias que apresentaram maior ocorrência foram respectivamente as de 20 a 39 anos (44,4%), e 40 a 59 anos (27,8%), conforme apresentado no gráfico a seguir (Gráfico 2).

Gráfico 4. Número de óbitos por faixa etária na cidade de Picos-PI

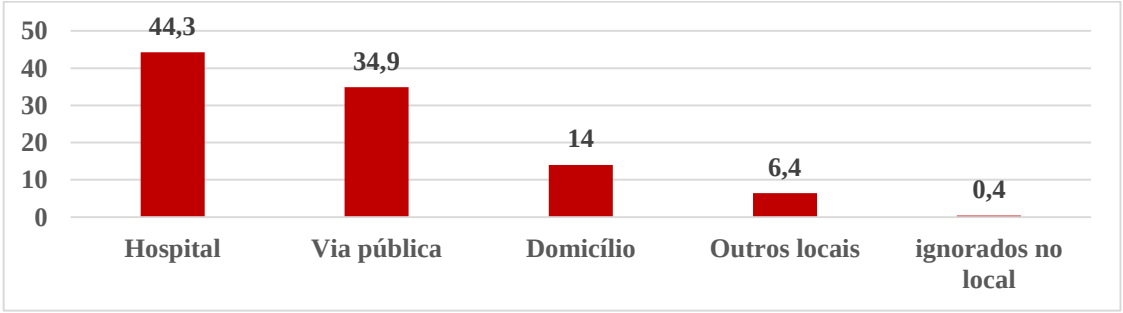


Fonte: Adaptado de DATASUS, 2020.

3.3 Local de ocorrência

No que se refere ao local de ocorrência, os locais de maior incidência foram as variáveis hospital, com taxa de aproximadamente 44,3%, seguida por causas em via pública, representando 34,9%. Além disso, observou-se as ocorrências em domicílio representando 14%, outros locais (6,4%) e ignorados no local de ocorrência (0,4%), confira Gráfico 3.

Gráfico 3. Distribuição unitária de óbitos por local de ocorrência.



Fonte**:** Adaptado de DATASUS, 2020.

3.4 Cor/Raça

Quanto cor ou raça, os indivíduos pardos representaram 67,1% dos casos, seguidos por brancos (25,3%), pretos (7%) e não identificados (0,6), assim como apresentado no Gráfico 4.

Gráfico 4. Distribuição unitária de óbitos cor/raça

Fonte**:** Adaptado de DATASUS, 2020.

3.5 Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10)

Dos óbitos por causas externas que compõem grupo de Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10), as categorias de acidente de transporte, agressões e lesões autoprovocadas intencionalmente, ocupam, respectivamente, os maiores índices do total de óbitos por causas externa: 360 (53,8%), 141 (21%), 82 (12,3%) (Quadro 1).

Quadro 1. Número de óbitos por causas externas segundo grupo CID- 10

Variável	Ano								Total
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Acidentes de transporte	49 (52,7)	54 (67,5)	52 (55,3)	32 (48,5)	40 (65,6)	41 (53,9)	48 (50)	44 (42,8)	360 (53,8)
Agressões	18 (19,4)	15 (18,7)	18 (19,2)	12 (18,2)	10 (16,3)	24 (31,6)	21 (21,9)	23 (22,3)	141 (21)
Lesões autoprovocadas	12 (12,9)	6 (7,5)	8 (8,5)	12 (18,2)	4 (6,6)	6 (8)	15 (15,6)	19 (18,4)	82 (12,3)
Demais causas externas	14 (15)	5 (6,3)	16 (17)	10 (15,1)	7 (11,5)	5 (6,5)	12 (12,5)	17 (16,5)	86 (12,9)

Fonte: Adaptado de DATASUS, 2020.

Assim, nota-se que dos 669 casos encontrados para o período avaliado, 83,6% acarretaram a população masculina, o que caracteriza esse público como as principais vítima de óbitos por causas externas. O resultado encontrado, segue em consenso com outras pesquisas descritivas realizadas em diferentes períodos em âmbito nacional e estadual (MOURA, 2015; BRASIL, 2018). Dessa forma, indicando uma inclinação de gênero quanto ao número de óbitos por causas externas.

Conclui Sampaio *et al.* (2019) em seu estudo, que os acidentes de trânsito assumem relevante papel na mortalidade masculina, principalmente os acidentes moto ciclísticos, em que a não utilização de equipamentos de segurança individual, associado ao consumo de álcool atuam concomitantemente na elevação destes resultados. Além disso, nas populações com piores condições de vida esses resultados aumentam vertiginosamente.

Por outro lado, quando analisadas as faixas etárias, as causas externas na cidade de Picos impactam principalmente pessoas em idade adulto jovem, trazendo inúmeras consequências que perpassam desde custos sociais e econômicos a danos irreversíveis as vítimas. Deve-se destacar, também, o maior grau de envolvimento desta parcela da população em situações de risco, aliada a condutas comportamentais que favorecem os números de casos apresentados (SOUSA *et al.*, 2016).

Já quando analisado o local de ocorrências, a cidade de Picos dispõe de um único hospital público de referência para atendimento de urgência e emergência, esse confere suporte para toda a macrorregião circunscrita (SOARES, 2015). O que pode estar relacionada ao elevado número de notificações de casos associados a esta variável. Por conseguinte, as notificações de óbitos por via pública, geralmente são realizadas pelo serviço de atendimento pré-hospitalar, assim como por outros serviços.

Os resultados encontrados quanto a variável cor/raça são imprescindíveis, pois permitem mensurar as desigualdades sociais e sua relação com a ocorrência da violência (SINIMBU, 2016). A cor/raça parda foi descrita como a mais acometida pelas causas externas, nesse cenário Melo (2018) explica que a classificação muitas vezes está sujeita a subnotificações devido a subjetividade de quem presta o atendimento, o que pode comprometer o indicador. Além disso, as características raciais da população são fatores importantes ao se analisar os resultados encontrados.

Dentre os grupos de causas que integram a CID-10, os acidentes de transporte são as principais causas de morte, seguido pelas agressões e Lesões autoprovocadas. Assim, entra em divergência com estudo conduzido na cidade de Teresina e em âmbito nacional

(SOUSA *et al.*, 2016; BRASIL, 2018), em que as agressões foram as principais causas de mortalidade para o período avaliado.

Araújo e colaboradores (2015), em revisão integrativa, destacam a associação entre álcool e volante como uma das principais causas de acidente de transporte, bem como os inúmeros prejuízos individuais, familiares e comunitários que essa traz. Já levantamento epidemiológico que teve como base os dados do Sistema de Vigilância em Saúde (VIVA) (MASCARENHAS & BARROS, 2015), revelou que no Brasil a proporção de acidentes envolvendo consumo de álcool em homens foi três vezes maior do que observada entre as mulheres.

Os resultados apontam que as agressões, também, tomam lugar de destaque, sendo a segunda causa de mortalidade em Picos, segundo o recorte temporal avaliado. O resultado é semelhante ao obtido em estudo realizado no estado do Goiás (DUARTE *et al.*, 2018), que explica que este fato pode estar relacionado a transição demográfica, demandando aumento em mesma proporção de infraestrutura e orçamento. Quando isso é não possível, nota-se o crescimento dos casos de violência.

Por outro lado, pesquisas corroboram o fato de que as agressões físicas atingem com maior frequência homens jovens, em regiões periféricas, e estão geralmente associadas as lesões provocadas por armas brancas e armas de fogo, destacando-se os traumatismos cranioencefálico e faciais por sua tendência crescente (MOURA, 2017; BEZERRA, 2017; BARCELOS, 2018).

Já as para lesões autoprovocas intencionalmente, estudo epidemiológico revelou crescimento no coeficiente de mortalidade por este tipo de causa em território nacional (PINTO, 2017). Outro estudo de menor abrangência, conduzido em Iguatu- CE, expôs situação parecida a encontrada na cidade de Picos. Nesse estudo, os casos de suicídio acometeram predominantemente o sexo masculino, em idade adulto jovem, de cor parda, baixa escolaridade e tendo como principal ocupação a agricultora (PEDROSA, 2018).

Já Duarte *et al.* (2018), acrescenta que o fato de as mulheres serem menos propensas do que os homens a este tipo de acontecimento, deve-se em parte pela menor exposição a situações como impulsividade e competitividade, predominante na população masculina. Esse autor, também reforça, o papel da religião como fator protetivo.

Assim, entender o perfil da morbimortalidade por causas externas permite que os gestores possam se planejar de forma eficiente, direcionando recursos de modo mais efetivo. Além disso, possibilita que toda a rede de saúde reveja suas ações, e concentre seus esforços em medidas que revertam, de fato, o quadro exposto.

4. CONCLUSÃO

O estudo realizado possibilitou descrever o perfil da morbimortalidade por causas externas mais prevalentes no município de Picos para o período avaliado. Essas atingem predominantemente o sexo masculino, pessoas de cor parda, jovens e tem como principal ambiente de notificação a variável hospital. Já entre os grupos de causas externas que mais mataram a população do município estão, respectivamente, os acidentes de transporte, lesões autoprovocadas e as agressões.

Embora se saiba que nos últimos anos tenha ocorrido avanços quanto a qualidade de informações disponibilizadas pelo Sistema de Informação de Mortalidade, isso não o isenta por completo de erros que comprometam a qualidade dos indicadores de mortalidade e a veracidade de informações, sendo esse um limitador da pesquisa.

Portanto, os achados sinalizam para a necessidade de ações intersetoriais específicas que contenha e reduza o número de mortalidade por causas externas, principalmente por serem preveníveis. Espera-se que este estudo sirva para nortear a tomada de decisão dos gestores públicos, ao passo em que indica a importância de estudos futuros que venham a tratar da temática, se possíveis a partir de dados primários.

5. REFERÊNCIAS

AGRANONIK, M. *et al*. Aspectos da mortalidade de crianças e adolescentes por causas externas no RS, em 2000-14*. Indicadores Econômicos FEE. v. 44, p. 53, 2017.

ARAÚJO, T.A. *et al.* Acidentes de trânsito e sua relação com o consumo de álcool: revisão integrativa. Revista de Enfermagem da UFPE, v. 9, p. 8437, 2018.

BARCELLOS, R.A. *et al.* Prevalência de internações por traumatismo cranioencefálico em unidades de terapia intensiva da serra gaúcha. Revista Espaço Ciência e Saúde. v. 6, p. 31, 2018.

BATISTA, J. *et al*. Perfil epidemiológico da mortalidade por causas externas entre beneficiários de planos de saúde no Brasil. Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro. v. 8, p. 1870, 2018.

BEZERRA, A.L.D. *et al.* Epidemiological profile of facial trauma. Revista de Enfermagem da UFPI, v. 6, p. 57, 2017.

CORASSA, R.B. *et al*. Evolução da mortalidade por causas externas em Diamantina (MG), 2001 a 2012. Caderno de Saúde Coletiva. v. 25, p. 302, 2017.

DUARTE, A.C.S. *et al.* Avaliação da mortalidade por causas externas segundo a Classificação Internacional das Doenças (CID) em Goiás, no período de 2009 a 2013. Revista Educação em Saúde, v. 6, p. 10, 2018.

FILHO, A.M.S. *et al*. Melhoria da classificação das causas externas inespecíficas de mortalidade baseada na investigação de óbito no Brasil em 2017. Revista Brasileira de Epidemiologia, v. 22, 2019.

LOPES, A.S. *et al*. Melhoria da qualidade do registro da causa básica de morte por causas externas a partir do relacionamento de dados dos setores Saúde, Segurança Pública e Imprensa, no estado do Rio de Janeiro, 2014. Revista Epidemiologia e Serviço de Saúde, v. 27, 2018.

MASCARENHAS, M.D.M & BARROS, M.B.A. Caracterização das internações hospitalares por causas externas no sistema público de saúde, Brasil, 2011. Revista Brasileira de Epidemiologia, v. 18, p. 771, 2015.

MELO A.U.C *et al*. Perfil epidemiológico da mortalidade por causas externas. Revista de Saúde ReAGES, v. 1, p. 9, 2016.

MESSIAS, M.M. *et al.* Mortalidades por causas externas: revisão dos dados do Sistema de Informação de Mortalidade. Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica, v. 16, p. 218, 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Perfil da morbimortalidade masculina no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Informações de saúde (TABNET) - Estatísticas vitais. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. Manual de procedimento do sistema de informações sobre mortalidade. Brasília, 2001.

MOURA, E.C. *et al.* Desigualdade de gênero na mortalidade por causas externas no Brasil, 2010. Revista Ciência e Saúde Coletiva. v. 20, p. 779, 2015.

MOURA, L.D.S. *et al.* Description of the pre-hospital servisse. Revista de Enfermagem da UFPI, v. 6, p. 47, 2017.

PEDROSA, N.F.C. *et al.* Análise dos principais fatores epidemiológicos relacionados ao suicídio em uma cidade no interior do Ceará, Brasil. Journal of Health & Biological Sciences, v. 6, p. 399, 2018.

PINTO, L.L.T. *et al.* Tendência de mortalidade por lesões autoprovocadas intencionalmente no Brasil no período de 2004 a 2014. Jornal Brasileiro de Psiquiatria. v. 66, 2017.

SAMPAIO, C.A. *et al.* Homens e acidentes de trânsito e o atendimento pré-hospitalar móvel. Revista de Enfermagem da UFPE, v. 13, 2019.

SINIMBU, R.B. *et al*. Caracterização das vítimas de violência doméstica, sexual e/ou outras violências no Brasil – 2014. Revista Saúde em Foco [internet]. v. 1, p. 1, 2016.

SOARES, L.S. *et al.* Caracterização das vítimas de traumas por acidente com motocicleta internadas em um hospital público. Revista de Enfermagem da UERJ, v. 23, p. 115, 2015.

SOUSA, A.S.B. *et al.* Mortalidade por causas externas em adultos jovens em Teresina-PI no período de 2001-2011. Revista interdisciplinar. v. 9, p. 57, 2016.

Capítulo 35

ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO AO SUICÍDIO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Joyce S e Silva[1], Karen B O de Abreu[2], Márcia A Fernandes[3], Ana Lívia C B de Oliveira[4], Bruna Victoria da S Passos[5]

[1] Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Piauí, Teresina/PI.
[2] Discente do Curso de Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Piauí. Teresina/PI.
3 Docente do Curso de Graduação e Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Piauí. Teresina/PI.
4 Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Piauí. Teresina/PI.
5 Discente do Curso de Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Piauí. Teresina/PI.

Palavras-chave: *Estratégia; suicídio; atenção primária à saúde.*

1. INTRODUÇÃO

O suicídio está entre as três principais causas de morte no mundo, entre a população de 15 a 44 anos de idade sendo, segundo os registros da Organização Mundial de Saúde (OMS), responsável anualmente por um milhão de óbitos. A cada 45 segundos há uma morte por suicídio em algum lugar no planeta. E, apesar de o Brasil possuir um coeficiente considerado relativamente baixo, por ser bastante populoso, quando comparado à Europa que possui os níveis mais altos, o país se encontra entre os dez que registram os maiores números absolutos de suicídios, segundo a OMS (BOTEGA, 2014; FERNANDES *et al*., 2020; FERNANDES *et al*., 2019).

A atenção primária é o principal acesso das pessoas ao sistema de saúde, sendo importante o monitoramento constante das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), aos casos de comportamento suicida. Dessa forma, deve ser investido e estimulado a criação de estratégias de prevenção ao suicídio nesse serviço de saúde, visando proteger a população por meio do monitoramento mais eficiente, da identificação precoce de pessoas suscetíveis a cometer tal ato e possíveis casos de recidivas (DANTAS, 2019; MARÇAL & GONÇALVES, 2020).

Alguns países não dispõem de uma atenção primária estrutura nos moldes do Brasil, mas apresentam uma articulação da rede em saúde no qual as instituições funcionam de forma semelhante, com as mesmas funções em relação à criação de estratégias de prevenção ao suicídio (WANG & COLUCCI, 2017).

Frente ao exposto, o objetivo desse estudo consiste em descrever, por meio da literatura nacional e internacional, estratégias de prevenção ao suicídio desenvolvidas por enfermeiros na Atenção Primária à Saúde.

2. MÉTODO

Trata-se de um estudo de revisão do tipo integrativa. Este método permite avaliar estudos secundários, de forma sistematizada, no intuito de sintetizar o conhecimento da literatura científica. Para operacionalizar o estudo, algumas etapas foram seguidas: identificação da questão norteadora; busca dos dados e determinação dos critérios de inclusão e exclusão; categorização dos estudos; avaliação crítica dos estudos incluídos; discussão e interpretação dos resultados; e apresentação da revisão ou síntese do conhecimento (MENDES *et al.*, 2019).

A questão norteadora foi elaborada por meio do acrônimo PICo (Participante, Interesse, Contexto), ao considerar P (enfermeiros), I (estratégias; prevenção primária; suicídio) e Co (atenção primária à saúde). Dessa forma, a pesquisa foi norteada pela seguinte questão de pesquisa: Quais estratégias de prevenção ao suicídio são desenvolvidas pelos enfermeiros na atenção primária à saúde?

A busca foi realizada no mês de Janeiro e Fevereiro de 2020, nas bases eletrônicas: *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE via PubMed), *Web of Science*, e *SciVerse Scopus;* Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Banco de Dados em Enfermagem (BDENF) via Biblioteca Virtual em Saúde (BVS).

Os descritores controlados foram extraídos da lista de vocabulário Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e *Medical Subject Heading* (MESH) sendo eles: a) DECS: Enfermeiros; Estratégia; Prevenção primária; Suicídio; Atenção primária à saúde*;* b) MESH: *Nurses, Male; Planning Techniques; Primary Prevention*; *Suicides*; *Primary Health Care*. Ressalta-se que também foram utilizados os descritores não controlados correspondentes.

A estratégia de busca utilizada em cada base de dados com os descritores controlados e não controlados, conforme demonstrados no Quadro 1.

Quadro 1. Estratégia de busca segundo base de dados. Teresina (PI), Brasil, 2020

Base de dados	Estratégia de busca
MEDLINE via Pubmed	(((((((((Nurses, Male[MeSH Terms]) OR Male Nurse) OR Male Nurses) OR Nurse, Male)))) AND ((((((((((((((((((((((((((Planning Techniques[MeSH Terms]) OR Planning Technique) OR Technique, Planning) OR Techniques, Planning) OR Planning Technic) OR Planning Technics) OR Technic, Planning) OR Technics, Planning) OR Methodology, Planning) OR Methodologies, Planning) OR Planning Methodologies) OR Planning Methodology) OR Planning Theories) OR Planning Theory) OR Theories, Planning) OR Theory, Planning) OR Primary Prevention[MeSH Terms]) OR Disease Prevention, Primary) OR Disease Preventions, Primary) OR Primary Disease Prevention) OR Primary Disease Preventions) OR Prevention, Primary) OR Primordial Prevention) OR Preventions, Primordial) OR Primordial Preventions) OR Prevention, Primordial)))) OR ((suicide[MeSH Terms]) OR suicides))) AND (((((((Primary Health Care[MeSH Terms]) OR Care, Primary Health) OR Health Care, Primary) OR Primary Healthcare) OR Healthcare, Primary) OR Primary Care) OR Care, Primary))
Web of Science	((("Nurses, Male") OR (Male Nurse) OR (Male Nurses) OR (Nurse, Male))) AND (((("Planning Techniques") OR (Planning Technique) OR (Technique, Planning) OR (Techniques, Planning) OR (Planning Technic) OR (Planning Technics) OR (Technic, Planning) OR (Technics, Planning) OR (Methodology, Planning) OR (Methodologies, Planning) OR (Planning Methodologies) OR (Planning Methodology) OR (Planning Theories) OR (Planning Theory) OR (Theories, Planning) OR (Theory, Planning)) OR (("Primary Prevention") OR (Disease Prevention, Primary) OR (Disease Preventions, Primary) OR (Primary Disease Prevention) OR (Primary Disease Preventions) OR (Prevention, Primary) OR (Primordial Prevention) OR (Preventions, Primordial) OR (Primordial Preventions) OR (Prevention, Primordial)))) OR (("suicide") OR (suicides))) AND (((("Primary Health Care") OR (Care, Primary Health) OR (Health Care, Primary) OR (Primary Healthcare) OR (Healthcare, Primary)))
SciVerse Scopus	(TITLE-ABS-KEY ("Nurses, Male") OR TITLE-ABS-KEY (male AND nurse) OR TITLE-ABS-KEY (male AND nurses) OR TITLE-ABS-KEY (nurse, AND male)) AND (TITLE-ABS-KEY ("Planning Techniques") OR TITLE-ABS-KEY (planning AND technique) OR TITLE-ABS-KEY (technique, AND planning) OR TITLE-ABS-KEY (techniques, AND planning) OR TITLE-ABS-KEY (planning AND technic) OR TITLE-ABS-KEY (planning AND technics) OR TITLE-ABS-KEY (technic, AND planning) OR TITLE-ABS-KEY (technics, AND planning) OR TITLE-ABS-KEY (methodology, AND planning) OR TITLE-ABS-KEY (methodologies, AND planning) OR TITLE-ABS-KEY (planning AND methodologies) OR TITLE-ABS-KEY (planning AND methodology) OR TITLE-ABS-KEY (planning AND theories) OR TITLE-ABS-KEY (planning AND theory) OR TITLE-ABS-KEY (theories, AND planning) OR TITLE-ABS-KEY (theory, AND planning)) OR (TITLE-ABS-KEY ("Primary Prevention ") OR TITLE-ABS-KEY (disease AND prevention, AND primary) OR TITLE-ABS-KEY (disease AND preventions, AND primary) OR TITLE-ABS-KEY (primary AND disease AND prevention) OR TITLE-ABS-KEY (primary AND disease AND preventions) OR TITLE-ABS-KEY (prevention, AND primary) OR TITLE-ABS-KEY (primordial AND prevention) OR TITLE-ABS-KEY (preventions, AND primordial) OR TITLE-ABS-KEY (primordial AND preventions) OR TITLE-ABS-KEY (prevention, AND primordial)) OR ((TITLE-ABS-KEY ("suicide")) OR TITLE-ABS-KEY (suicides)) AND (TITLE-ABS-KEY ("Primary Health Care") OR TITLE-ABS-KEY (care, AND primary AND health) OR TITLE-ABS-KEY (health AND care, AND primary) OR TITLE-ABS-KEY (primary AND healthcare) OR TITLE-ABS-KEY (healthcare, AND primary) OR TITLE-ABS-KEY (primary AND care) OR TITLE-ABS-KEY (care, AND primary)) AND (LIMIT-TO (PUBYEAR , 2020) OR LIMIT-TO (PUBYEAR , 2019) OR LIMIT-TO (PUBYEAR , 2018) OR LIMIT-TO (PUBYEAR , 2017) OR LIMIT-TO (PUBYEAR , 2016) OR LIMIT-TO (PUBYEAR , 2015) OR LIMIT-TO (PUBYEAR , 2014) OR LIMIT-TO (PUBYEAR , 2013) OR LIMIT-TO (

	PUBYEAR , 2012) OR LIMIT-TO (PUBYEAR , 2011)) AND (LIMIT-TO (ACCESSTYPE(OA)))
LILACS; BDENF (BVS)	"Enfermeiros" AND ("Estratégias" OR "Prevenção Primária" OR “suicídio”) AND "Atenção Primária à Saúde"

Fonte: elaborado pelo autor, 2020.

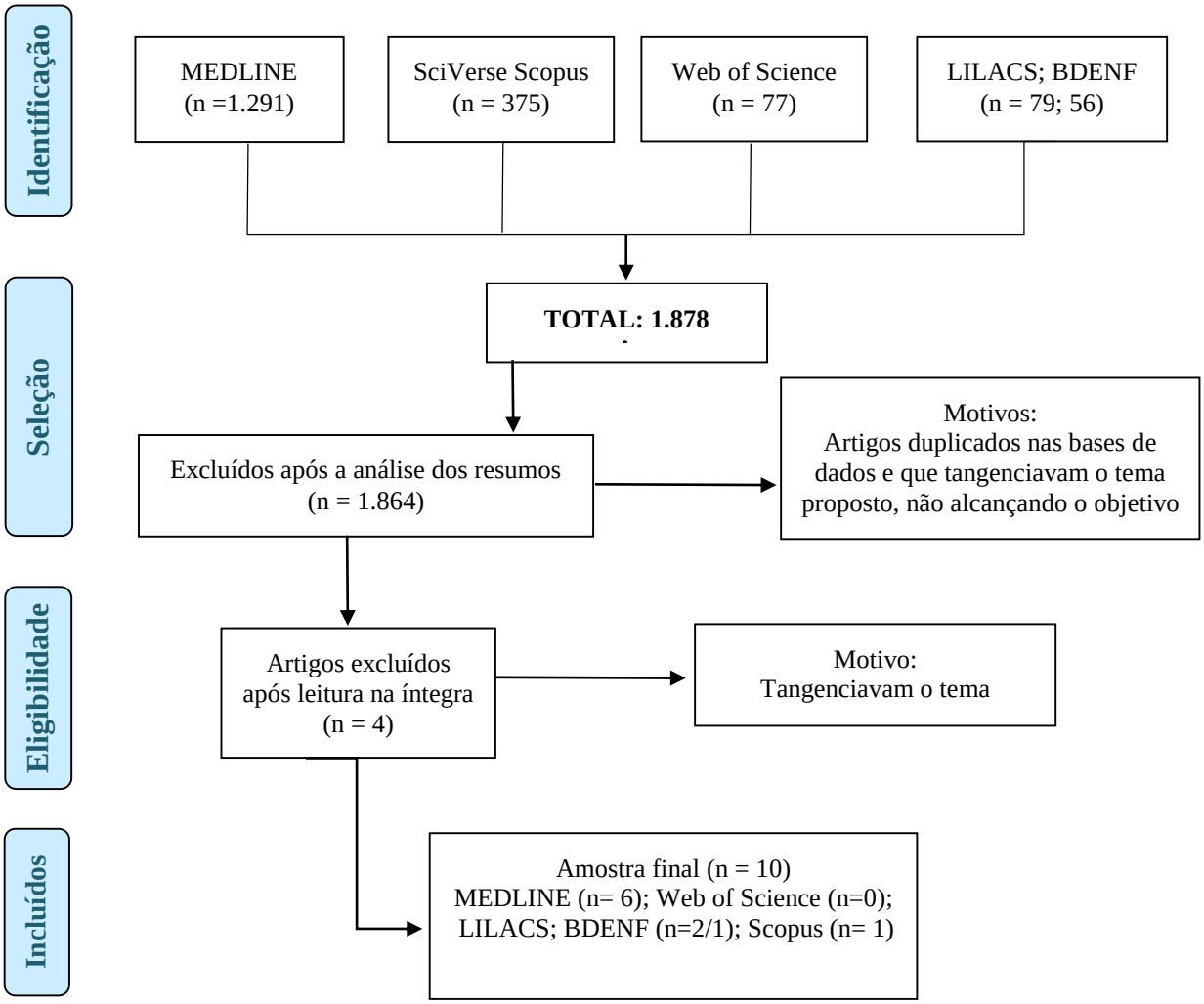
Os critérios de inclusão utilizados foram: artigos disponíveis de forma completa nas bases de dados, publicados nos últimos 10 anos, com acesso livre e gratuito, sem delimitação idiomática. E excluídos: publicações de teses, dissertações e livros, artigos secundários e estudos duplicados nas bases de dados. Dessa forma, recuperaram-se 14 artigos, que após leitura de títulos, resumos e artigos na íntegra resultou em uma amostra de 10 produções.

Com o propósito de sumarizar as etapas de seleção e análise dos dados, utilizou-se o fluxograma Prisma, conforme Figura 1.

Os artigos selecionados foram organizados em um quadro sinóptico contendo identificação da produção (título, autor principal, periódico e ano de publicação); delineamento metodológico; e desfecho.

Salienta-se que, em virtude de o presente estudo tratar-se de uma revisão de literatura, dispensou-se a necessidade de aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa e apresentação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Figura 1. Fluxograma Prisma



Fonte: elaborado pelo autor, 2020.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na perspectiva de organizar as informações contidas nos artigos adotou-se um quadro que identifica o título, nome do periódico publicado, autores, ano, delineamento do estudo, principais conclusões e nível de evidência (NE) do estudo de Oxford (OXFORD, 2009).

Observa-se, por meio do quadro 2, que 30% (n=3) de artigos são brasileiros e 70% (n=7) estrangeiros, 90% (n=9) dos últimos cinco anos, 10% (n=1) dos últimos dez anos. Além disso, 60% (n=6) correspondem à MEDLINE, 20% (n=2) à LILACS, 10% (n=1) à BDENF, e 10% (n=1) à SCOPUS. Ressalta-se que 30 % são artigos primários provenientes do Brasil, 40 % (n=4) da Holanda, 10% (n=1) Espanha, e 10% (n=1) Escócia.

Quadro 2. Sumarização dos artigos primários selecionados à busca de dados. Teresina (PI), Brasil, 2020. N=10

Medline				
Título	***Autor, Ano e Periódico***	***Delineamento do estudo***	***Desfecho***	***NE***
Process evaluation of a stepped-care program to prevent depression in primary care: patients' and practice nurses' experiences	Pols *et al*., 2017 BMC Family Practice	Qualitativo	Este estudo demonstra os benefícios e demandas exclusivas de programas como o Step-Dep. Percebeu-se que tais práticas interventivas aliadas ao programa foram benéficas ao grupo de pacientes com sintomas depressivos.	5
Prevention of suicidal behaviour: Results of a controlled community-based intervention study in four European countries	Hegerl *et al*., 2019 PLOS ONE	Observacional, interventivo com abordagem quantitativa	Intervenção comunitária multinível apresenta pontos fortes como a parceria em prol da diminuição das tentativas e suicídios efetivos. Supõe-se que eventos significativos durante a fase de implementação têm um certo impacto nos resultados observados.	5
Discussing suicidality with depressed patients: an observational study in Dutch sentinel general practices	Elzinga *et al*., 2018 MBJ Open	Observacional	Percebe-se a importância de estimular a identificação de sentimentos suicidas como método preventivo.	2C
Improving Suicide Prevention in Dutch Regions by Creating Local Suicide Prevention Action Networks (SUPRANET): A Study Protocol	Gilissen *et al.*, 2017 Int. J. Environ. Res. Public Health	Observacional, interventivo	Intervenção que atuará em quatro níveis, ainda em fase de teste: 1- aumenta a conscientização sobre o suicídio pelas campanhas da mídia local; 2- treinamento de porteiros locais, como professores ou policiais; 3- visando pessoas de alto risco na comunidade; e 4- treinamento e apoio de profissionais em unidades básicas de saúde.	2C
A regional systems intervention for suicide prevention in the Netherlands (SUPREMOCOL): study protocol with a stepped wedge trial design	Hofstra *et al.*, 2019 BMC Psychiatry	Protocolo de estudo	Intervenção regional em sistemas de prevenção de suicídio chamada SUPREMOCOL. Está em fase de teste, mas apresenta-se efetivo na prevenção ao suicídio.	5
An evaluation of the implementation of cascade training for suicide prevention during the 'Choose Life' initiative in Scotland - utilizing Normalization Process Theory	Gask, Coupe, Green, 2019 BMC Health Services Research	Qualitativo	Utilizou-se uma intervenção do tipo "train-the trainers" em cascata, fornecida como parte da estratégia de prevenção ao suicídio da Choose Life na Escócia durante o período de 2008-11. A estratégia contribui para disseminar e implementar treinamento nas organizações.	5

SCOPUS				
Título	***Autor, Ano e Periódico***	***Delineamento do estudo***	***Desfecho***	***NE***
Effectiveness of a psychoeducation group intervention conducted by primary healthcare nurses in patients with depression and physical comorbidity: study protocol for a randomized, controlled trial	Casañas *et al*., 2019 BMC Health Services Research	Ensaio clínico randomizado, multicêntrico	A intervenção em grupo mostra o método específico e breve, que requer relativamente poucas horas de treinamento, pode ser efetivo.	1B
BVS (LILACS/BDENF)				
Título	***Autor, Ano e Periódico***	***Delineamento do estudo***	***Desfecho***	***NE***
Saúde mental na atenção básica: possibilidades e fragilidades do acolhimento	Silva *et al*., 2019 Cuidarte	Estudo descritivo e analítico com abordagem qualitativa	Interlocução entre os serviços da rede de saúde mental através de um fluxograma municipal; a educação permanente dos (as) profissionais atuantes nos serviços; e o apoio qualificado do Núcleo Ampliado da Saúde da Família junto às Unidades Básicas de Saúde são estratégias eficientes na prevenção ao suicídio.	5
Ações do enfermeiro na atenção básica para prevenção do suicídio	Silva *et al*., 2017 SMAD	Exploratório-descritivo, de abordagem qualitativa	Estabelecimento de vínculo na consulta de enfermagem, acolhimento, escuta ativa e encaminhamento do paciente a local com profissionais especializados em com questões relacionadas ao suicídio estão entre as ações de prevenção ao suicídio na atenção primária.	5
Estratégia de Saúde da Família: recursos comunitários na atenção à saúde mental	Souza *et al*., 2013 Acta Paulista de Enfermagem	Estudo transversal, qualitativo	Os enfermeiros referiram dispositivos formais para apoio em saúde mental, enfatizando serviços de saúde. Os coordenadores mencionaram serviços de saúde, universidade e parcerias como conselho tutelar e promotoria pública. Os agentes comunitários demonstraram maior integração com o território e conhecimento abrangente de fontes de apoio social formal e informal como estratégias de apoio à saúde mental	5

Fonte: elaborado pelo autor, 2020.

A seleção dos artigos primários resultou em dez produções, dos quais apenas três são voltadas para o contexto brasileiro, o que revela pouca produção, quando comparada às produções literárias internacionais sobre a temática pesquisada.

A análise permitiu verificar que a assistência de enfermagem no Brasil em nível primário, foca na territorialização adscrita que contribui para delimitar e caracterizar o público assistido, dentre os quais estão aquelas pessoas suscetíveis à tentativas suicidas, com transtornos mentais, sintomas de ansiedade e depressão, crise emocional devido perdas recentes, vítimas de violência doméstica e/ou sexual, dentre outros. Dessa forma,

seria possível reconhecer suas necessidades e obstáculos para subsidiar a elaboração e implementação de programas e políticas públicas. Entretanto, essa associação de recursos não se mostra ampla e eficaz quando se trata da área de saúde mental, mesmo estudos recentes evidenciando que a atenção primária à saúde é essencial para promover a integralidade do acolhimento e escuta terapêutica (ou escuta ativa) voltada à problemática de prevenção ao suicídio (SILVA *et al*., 2019).

Esse acolhimento e escuta terapêutica, quando se trabalha a prevenção de suicídio, são ferramentas indispensáveis e citadas por profissionais da ESF. Assim, quando se tem recepção e comunicação é possível atuar com identificação de fatores de risco, diagnóstico precoce, aceitação e adesão a tratamento adequado. Mesmo sendo uma tecnologia leve de fácil aplicação, os profissionais relatam dificuldade ao fazê-la, um misto de insegurança, despreparo emocional e científico dificultam sua realização. Destaca-se ainda que, não foi citada nenhuma Sistematização da Assistência de Enfermagem, o que se infere que as medidas citadas se limitam ao encaminhamento para outros profissionais (SILVA *et al*., 2017; SOUZA *et al*., 2013).

Não se identificou nenhum programa de prevenção do suicídio potencialmente eficaz institucionalizado. Também não são oferecidas pela gestão atividades como treinamento e capacitação de forma regular, apoio para sanar as dificuldades dos profissionais ao lidar com essas questões. Enfim, ações simples como educação em saúde, uma ferramenta extremamente útil e com alcance à comunidade, família e equipe não é promovida, infelizmente (SILVA *et al*., 2017).

Em relação ao cenário internacional, alguns países pertencentes à União Europeia, Alemanha, Hungria, Portugal e Irlanda, dispõem de políticas públicas e programas implementados na atenção primária à saúde, direcionados à prevenção do suicídio. As ações variam desde projetos simples até estudos clínicos que foram aplicados ou avaliados recentemente. Um exemplo é a intervenção *Optimising Suicide Prevention programmes and their Implementation in Europe (OSPI-Europe),* que estimula a aplicação de operações comunitárias de multinível, menciona variações de resultado devido à qualidade da aplicação das ações e expõe a necessidade de avaliar o contexto social para obter-se maior impacto (HEGERL *et al*., 2019).

Outro plano estratégico de prevenção realizado na Europa refere-se à Aliança Europeia contra a Depressão (EAAD) que elaborou o programa *Suicide Prevention Action Networks* (SUPRANET) que trabalha com a Rede de Ação de Prevenção de Suicídio em diversas regiões.

As intervenções propostas de enfrentamento ao comportamento suicida dividem-se em multiníveis. A campanha de conscientização pública aumentou a conscientização da população por meio da mídia e outras tecnologias, e a oferta de treinamento para profissionais como professores, porteiros e maquinistas, com intuito de identificarem fatores de risco e mediar situações, foi bastante exitosa. Além disso, tem como função avaliar a comunidade para identificar membros de alto risco e preparar os profissionais das unidades básicas de saúde para reconhecerem e tratarem do comportamento suicida (GILISEN *et al*., 2017).

A Holanda, por sua vez, adota o sistema de intervenção *Suicide Prevention in the Netherlands* (SUPREMOCOL), implantado de forma gradual em algumas regiões. Para reduzir as taxas de suicídio, elaborou-se um modelo de ação multinível para ser aplicado em diversas instituições que tem como base o monitoramento em todas as etapas, com uso de recursos como telefone e facilitação do acesso a serviço especializado, ressaltando a importância da colaboração da enfermagem na identificação e manejo de riscos. Além disso, um estudo aplicado na atenção primária na Holanda avaliou a importância do monitoramento da saúde mental de pessoas com doenças crônicas como ação preventiva, e aponta os benefícios de estimular a autorreflexão para criar vínculo entre o profissional e o cliente (HOFSTRA *et al*., 2019; POLS *et al*., 2017). Destaca-se ainda que, as diretrizes desse país recomendam a prevenção do suicídio e enfatizam a importância da exploração de sentimentos suicidas por profissionais generalistas.

Embora haja recursos, uma das principais barreiras da aplicação da triagem é a questão cultural, dando a entender que muitos fundamentam sua avaliação em suposições. E contrariando as orientações da Holanda, a maioria dos casos identificados é encaminhada para atenção especializada, sem que se tenha explorado os recursos da atenção primária. (ELZINGA *et al*., 2019).

Uma estratégia interessante foi identificada na Escócia, o modelo cascata, que realiza a difusão de conhecimento por meio de treinamento para determinados grupos. Para ser efetivo, necessita-se do engajamento por parte dos membros e adaptação do método de acordo com o contexto social. A ferramenta tem potencial para ser trabalhada em larga escala e transformar a perspectiva de profissionais e instituições sobre a identificação de processos problemáticos. Observa-se também que o método pode ser potencializado se associado a intervenções psicossociais, como mostram outros estudos. Cita-se, por exemplo, o grupo de psicoeducação conduzido por profissionais treinados, uma estratégia adotada pela Espanha, e permite trabalhar diversos temas com o público,

contribuindo para o enfrentamento de possíveis situações de risco. Para tanto, requer uma aplicação contínua (GASK *et al.*, 2019; CASAÑAS *et al*., 2019).

4. CONCLUSÃO

A atenção primária no Brasil, embora, apresente um papel essencial e importante no que se refere ao monitoramento e detecção de pessoas com comportamento suicida, não trabalha com planos estratégicos ou interventivos voltados para a esse problema, de forma institucionalizada. Há ações pontuais, a saber: a escuta terapêutica e o acolhimento empregado. Contudo, programas mais complexos não foram encontrados na presente investigação literários.

Em contrapartida, embora outros países não disponham de um sistema de atenção primária desenvolvido nos moldes do Brasil, desenvolvem ações estratégicas e interventivas, com vistas à prevenção do suicídio. Estratégias consideradas eficazes e diversificadas.

Neste sentido, chama-se atenção para a necessidade da realização de novos estudos que investiguem a temática sobre as estratégias de prevenção ao suicídio, inclusive em outros cenários, como serviços de maior complexidade. Dada à magnitude e importância da problemática, trabalhar a prevenção ao suicídio, além de essencial, é extremante necessário para reverter os números alarmantes apontados pelas estatísticas nacionais e internacionais.

5. REFERÊNCIAS

BOTEGA, N.J. Suicidal behavior: epidemiology. Psicologia USP, v. 25, p. 231, 2014.

CASAÑAS, R. *et al*. Effectiveness of a psychoeducation group intervention conducted by primary healthcare nurses in patients with depression and physical comorbidity: study protocol for a randomized, controlled trial. BMC Health Services Research, v. 19, p. 427, 2019.

DANTAS, E.S.O. Prevenção do suicídio no Brasil: como estamos? Physis: Revista Saúde Coletiva, v. 29, p. e290303, 2019.

ELZINGA, E. *et al*. Discussing suicidality with depressed patients: an observational study in Dutch sentinel general practices. British Medical Journal Open, v. 9, p. e027624, 2019.

FERNANDES, M.A. *et al.* Prevenção ao suicídio: vivências de estudantes universitários. Revista Cuidarte, v. 11, 2020.

FERNANDES, M.A. *et al*. Prevención del suicidio: concepción de estudiantes universitarios. Enfermería Universitaria, v. 16, 2019.

GASK, L. *et al.* An evaluation of the implementation of cascade training for suicide prevention during the 'Choose Life' initiative in Scotland - utilizing Normalization Process Theory. BMC Health Services Research, v. 19, p. 588, 2019.

GILISSEN, R. *et al.* Improving suicide prevention in dutch regions by creating local suicide prevention action networks (SUPRANET): A Study Protocol. International Journal of Environmental Research and Public Health, v. 14, p. e349, 2017.

HEGERL, U. *et al*. Prevention of suicidal behaviour: Results of a controlled community-based intervention study in four European countries. PLoS One, v. 14, e0224602, 2019.

HOFSTRA, E. *et al.* A regional systems intervention for suicide prevention in the Netherlands (SUPREMOCOL): study protocol with a stepped wedge trial design. BMC Psychiatry, v. 19, p. 364, 2019.

MARÇAL, S.R.S. & GONÇALVES, J.R. Estratégias de intervenção do enfermeiro diante do comportamento e tentativa de autoextermínio. Revista JRG Estudos Acadêmicos, v. 3, p. 56, 2020.

MENDES, K.D.S. *et al.* Uso de gerenciador de referências bibliográficas na seleção dos estudos primários em revisão integrativa. Texto Contexto-Enfermagem, v. 28, p. e20170204, 2019.

OXFORD. Oxford Centre for Evidence-based Medicine: levels of evidence. 2009. Disponível em: http://www.cebm.net/oxford-centre-evidence-based-medicine-levels-evidence-march-2009. Acesso em: 14 mar. 2020.

POLS, A.D. *et al*. Process evaluation of a stepped-care program to prevent depression in primary care: patients' and practice nurses' experiences. BMC Family Practice, v. 18, p. 18, 2017.

SILVA, N.K.N. *et al.* Ações do enfermeiro na atenção básica para prevenção do suicídio. Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas, v. 13, p. 71, 2017.

SILVA, P.M.C. *et al*. Saúde mental na atenção básica: possibilidades e fragilidades do acolhimento. Revista Cuidarte, v. 10, e617, 2019.

SOUZA, J. *et al*. Estratégia de Saúde da Família: recursos comunitários na atenção à saúde mental. Acta paulista Enfermagem, v. 26, p. 594, 2013.

WANG, D.W. & COLUCCI, E. Should compulsory admission to hospital be part of suicide prevention strategies? British Journal of Psychiatry Bulletin, v. 41, p. 169, 2017.

Capítulo 36

A AUTONOMIA DO ADOLESCENTE COM ENFERMIDADE ONCOLÓGICA E O RESPEITO A SUA MANIFESTAÇÃO ANTECIPADA DE VONTADE

Lyslian J. A. Moreira[1], Carla Corradi Perini[2], Waldir Souza[3]

[1] Mestre em Bioética pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Graduada em Enfermagem pelo Instituto Superior e Centro Educacional Luterano Bom Jesus/IELUSC. Especialista em Enfermagem Pediátrica e em Cuidados Intensivos Neonatais e Pediátricos pela Faculdade Pequeno Príncipe. Especialista em Centro Cirúrgico e CME pela Faculdade Inspirar. Docente do Curso Superior em Gestão Hospitalar e do Programa de Pós-Graduação em Cuidados Paliativos e em Centro Cirúrgico da Faculdade Inspirar, Curitiba/Pr.

[2] Doutora em Ciências da Saúde pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná. Mestre em Ciências Farmacêuticas pela Universidade Federal do Paraná. Graduada em Nutrição pela Universidade Federal do Paraná. Docente do Curso de Graduação em Nutrição, do Programa de Pós-Graduação em Bioética da Pontifícia Universidade Católica do Paraná.

[3] Pós-doc. em Bioética pelo Centro Universitário São Camilo. Doutor em Teologia pela Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Mestre em Teologia pela Faculdade Jesuíta de Filosofia e Teologia. Graduado em Teologia pela Faculdade Jesuíta de Filosofia e Teologia e licenciatura em Filosofia pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná. Docente do Curso de Teologia e Bioética do Programa de Pós-Graduação da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba/PUCPR.

Palavras-chave: *Adolescente; autonomia; doença oncológica.*

1. INTRODUÇÃO

O câncer infanto-juvenil representa a segunda maior causa de óbito no Brasil na faixa etária de um a dezenove anos de idade. Estes tumores evoluem e se tornam invasivos mais rapidamente do que em adultos, embora respondam melhor ao tratamento quando diagnosticados precocemente e devidamente tratados. Dentre os tumores mais recorrentes nesta população destacam-se as leucemias (26%), os linfomas (14%) e os de sistema nervoso central (13%). Estudo realizado pelo Instituto Nacional de Câncer apontou que, no ano de 2014 foram registrados no país, 2724 óbitos por tumor infanto-juvenil. Também foi constatado que a sobrevida destes pacientes variou conforme a região do país, onde os melhores índices encontraram-se nas regiões Sul com 75% e Sudeste com 70%, seguidas de 65% na região Centro-oeste, 60% na região Nordeste e 50% no Norte. Vale ressaltar portanto, a importância de se investigar as queixas, cujo os sinais e sintomas

estão associados aos tumores infanto-juvenis como: gânglios palpáveis com ausência de febre ou de infecção, emagrecimento significativo, febre, palidez, edema e hematomas inexplicados, algia (óssea, pernas, cabeça, abdômen), sudorese noturna, convulsão, sonolência, alterações oculares, dispneia, abdômen aumentado, êmese e alterações comportamentais (INCA, 2016)

Quando o câncer acomete o adolescente, tanto o enfermo quanto a sua família sofrem por se depararem com uma série de limitações, incertezas, emoções e sentimentos expressos de diferentes formas e intensidades. A fragilidade recai sobre todos os membros da família que precisam readequar os planos de vida, as finanças, as rotinas e os papéis sociais em virtude das novas demandas. É esperado que, a partir do diagnóstico, as decisões sejam tomadas pelos representantes legais com o intuito de fazer o bem àquele que está sob sua tutela. É natural que os familiares busquem por respostas que justifiquem esta condição de enfermidade e tentem encontrar formas de motivação e redes de apoio para o enfrentamento desta fase.

Trata-se de uma sabatina de idas e vindas a consultórios médicos, realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos, internamentos hospitalares ou na busca por terapias milagrosas. Aliado a estes fatos, há ainda as falhas no processo de interação pessoal e de comunicação por parte dos profissionais de saúde, a inacessibilidade ou a demora para conseguir exames, cirurgias e medicamentos. Com esta condição de vulnerabilidade potencializada o familiar pode sentir culpa, o medo de perder o adolescente e a angústia pela incerteza do prognóstico. Principalmente nos casos em que a doença, além de provocar intercorrências biológicas, limitações físicas, emocionais, e sociais pode resultar na morte deste adolescente.

É perceptível que, a disponibilidade de recursos biotecnológicos, medicamentosos e de técnicas intervencionistas tenha permitido uma eficiente rastreabilidade diagnóstica, portentosas possibilidades curativas e de mitigação de prejuízos decorrentes de enfermidades graves como as oncológicas. Contudo, para Sanches (2012), as possibilidades tecnológicas geram conflitos éticos nos profissionais de saúde quando precisam definir planos terapêuticos para enfermos portadores de doenças incuráveis ou quando não é possível predizer as consequências da conduta intervencionista elegida.

A adequação de medidas terapêuticas, que melhor define os termos limitação do esforço terapêutico e ortotanásia, consiste na adaptação de condutas intervencionistas de acordo com as necessidades do enfermo com doença incurável avançada. Para tal, requer a reflexão sobre quais os tratamentos se justificam, evitando a prática de cuidados

extraordinários (SANCHO *et a*l., 2015). Este ajuste, quando empregado a portadores de câncer evitam tratamentos fúteis, indignos e geradores de mais sofrimento. A Resolução 1.805/2006 do Conselho Federal de Medicina versa sobre os critérios para a prática da ortotanásia pelo profissional médico. Esta resolução determina que o médico deve esclarecer ao enfermo ou ao seu responsável legal sobre as possibilidades terapêuticas indicadas para o caso. Permite ao médico limitar ou suspender terapias que prolonguem com sofrimento a vida do portador de enfermidade grave, incurável ou em fase terminal da doença. Entretanto, determina que seja assegurado a assistência integral para o alívio dos sintomas que causam sofrimento ao enfermo, além de respeitar seu desejo ou o de seu representante legal (CFM, 2006).

Em relação à escolha e a realização do plano terapêutico para com adolescentes, se percebem posturas paternalistas por parte dos decisores (profissionais ou responsáveis) que limitam ou anulam a liberdade de escolha do enfermo. No entendimento de Beauchamp e Childress (2011), pessoas com a autonomia reduzida necessitam da intervenção e da decisão por parte de terceiros que pode ocorrer de três formas: Modelo do julgamento substituto - o enfermo faz as escolhas, mas quando se torna incapaz, um decisor é nomeado para agir a favor das vontades do paciente (mandato duradouro); 2- Modelo da pura autonomia: os desejos do enfermo são expressados previamente e no momento em que este se encontra incapaz de decidir, as recomendações anteriores são seguidas (Diretivas Antecipadas de Vontade - DAV). 3- Modelo dos melhores interesses: o decisor substituto avalia de forma comparativa os danos e os benefícios das intervenções propostas e decide por aquela que maximizar o bem-estar do enfermo e causar o menor prejuízo.

Com o intuito de redesenhar o modelo assistencial tecnicista e paternalista e nortear as decisões da equipe de saúde e dos familiares de modo beneficente, surgem as Diretivas Antecipadas de Vontade (BERTACHINI & PESSINI, 2011). Trata-se de um documento revogável a qualquer momento, elaborado preferencialmente por escrito e voluntariamente pelo enfermo com capacidade para discernir, após o minucioso esclarecimento sobre sua condição e prognóstico pelo médico. Expressa o desejo do portador de doença grave, incurável e progressiva, em relação aos recursos à serem empregados ou não para manter sua vida artificialmente, quando este não puder decidir autonomamente. Pode contemplar ainda, recomendações aos familiares sobre o que deseja na fase de terminalidade da vida e as condutas no pós-morte (assistência espiritual, local que prefere falecer, presença de entes significantes no momento da partida, rituais

religiosos) (AMARAL, 2010; DADALTO *et al.*, 2013a; CAMARGO, 2015). Dadalto (2013b), complementa que o enfermo pode nomear um representante para decidir quais os procedimentos devem ser feitos, dada a sua impossibilidade de fazê-lo de forma consciente ou após a sua morte (mandato duradouro).

Todavia, a problematização aqui levantada advém de condutas terapêuticas elegidas, praticadas ou refutadas conforme o julgamento do profissional da saúde e dos responsáveis legais sem conhecer ou sem considerar o desejo do adolescente com câncer e ainda, sem inclui-lo nas decisões. Percebe-se que tal postura, na maioria das vezes, decorre por acharem que o adolescente não tem a capacidade para compreender a situação por imaturidade ou pela condição de fragilidade imposta pela doença. Visto que, perante o Código Civil, o menor de 16 anos de idade é incapaz de discernir para realizar ações da vida civil, garantindo aos representantes legais o direito de agir em seu nome (DINIZ, 2010; CIELO, 2013).

No entanto, a prática assistencial em saúde mostra que há adolescentes que manifestam suas opiniões e vontades acerca dos objetivos de vida, dos processos terapêuticos, desejam serem ouvidos e participarem das decisões. Neste sentido, esta pesquisa se justificou pela necessidade de compreender e discutir a importância em se promover a autonomia do adolescente com capacidade de discernimento para que possa participar ativamente das decisões que envolvem o seu bem-estar. Também pela escassez de produções científicas que abordem o uso de instrumentos como as Diretivas Antecipadas de Vontade para promover a autonomia do adolescente com câncer para permitir a realização de um cuidado beneficente.

Presumiu-se então, que no contexto de enfermidade oncológica o adolescente não tem autonomia para participar das decisões sobre o processo terapêutico e a sua vontade não é respeitada quando a opinião é diferente da dos responsáveis legais. Também de que o médico não utiliza as Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV), neste contexto, pela ausência de legislação que o respalde no caso de processos judiciais ou quando há divergência de opinião sobre o tratamento entre o adolescente e seu responsável legal.

O objetivo geral deste estudo foi o de analisar como é a autonomia do adolescente com câncer no processo decisório. Teve como objetivos específicos: identificar os fatores que interferem no exercício da autonomia do adolescente para decidir; analisar a possibilidade de utilizar as Diretivas Antecipadas de Vontade ou uma adaptação deste instrumento, promover a autonomia deste enfermo e nortear o processo decisório.

2. MÉTODO

Estudo exploratório-descritivo com abordagem qualitativa. A busca por referencial teórico ocorreu nas bases de dados como LILACS (Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e SCIELO (Scientific Eletronic Library Online) com uso dos descritores: adolescente, autonomia pessoal, câncer, diretiva, beneficência (DECS, 2017).

Esta pesquisa atendeu aos requisitos da Resolução 466/2012 que estabelece as normas relacionadas à pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012). Foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa e aprovada sob o parecer de n° 2.838.824 e pela Comissão de Análise de Projeto de Pesquisa do Hospital de Oncopediatria onde foi realizado o estudo, sob a ata de n° 101/2018.

O critério de seleção dos participantes se limitou a adolescentes na faixa etária de 16 a 18 anos de idade em qualquer fase do tratamento do câncer. Da mesma forma, os responsáveis legais e médicos participantes deveriam ter contato direto com este público. Esta especificidade se deu para poder discutir a viabilidade de utilizar as DAV ou sua adaptação para a manifestação antecipada de vontades de adolescentes nesta faixa etária, por serem considerados relativamente incapazes pelo Código Civil (2002). Os sujeitos de pesquisa foram 3 médicos, 3 adolescentes e 3 responsáveis legais de adolescentes conforme o critério de seleção estabelecido.

A coleta de dados ocorreu em setembro de 2018 por meio de abordagem aleatória e convite direto aos participantes em potencial. Aqueles que aceitaram participar do estudo foram esclarecidos individualmente e, após o aceite voluntário, o termo de consentimento livre e esclarecido foi lido e assinado em duas vias de mesmo teor, sendo entregue uma via ao participante. Foram realizadas entrevistas individuais semiestruturadas com duração média de 15 minutos e gravadas em áudio. O roteiro das entrevistas contou com duas partes, a primeira com informações de identificação do participante (profissão, escolaridade, sexo, idade) e a segunda parte com as questões sobre autonomia, tomada de decisão e desejos manifestados pelo adolescente com câncer. As perguntas destinadas aos responsáveis legais e aos médicos questionou em que se baseavam as suas decisões em realizar, refutar ou descontinuar um tratamento. Comentar se o adolescente com câncer tinha liberdade para fazer escolhas e manifestar desejos ou opiniões em relação a como gostaria que seu tratamento e os cuidados em saúde fossem conduzidos. O que ajudaria nas decisões sobre quais procedimentos deveriam ser

realizados, interrompidos ou descartados na atenção ao adolescente sob seus cuidados. Aos médicos foi solicitado ainda, a opinião a respeito da possibilidade e da viabilidade de ter um documento com as manifestações antecipadas de vontade (DAV) do adolescente enfermo para nortear a tomada de decisão da equipe de saúde e da família. Aos adolescentes foram feitas perguntas de como era a sua participação nas decisões sobre o seu tratamento e as rotinas de cuidado à saúde. Conhecer quais eram seus desejos e opiniões em relação a como gostariam que os cuidados de saúde e o tratamento fossem conduzidos e se tinham liberdade para opinar, escolher e participar das decisões.

Primeiramente, os depoimentos gravados foram transcritos manualmente de forma integral e submetidos à correção ortográfica sem perder o sentido da mensagem. Posteriormente, as transcrições foram identificadas por meio de letras e números, adolescentes como A1, A2, A3, responsáveis legais como R1, R2, R3 e médicos como M1, M2, M3 e submetidas à técnica de Análise de Conteúdo de Bardin (2011). Na segunda etapa, foi realizada a exploração do material do qual emergiram duas categorias temáticas: “autonomia do adolescente frente ao processo decisório” e “o desejo do adolescente com enfermidade oncológica”. Para tanto, as unidades de registro semelhantes (fragmentos de relato e expressões) foram agrupadas e originaram os núcleos de sentido para a realização das inferências. Utilizou-se como âncora teórica o modelo da beneficência baseada na confiança de Pellegrino e Thomasma (2018) e o princípio do respeito à autonomia de Beauchamp e Childress (2011) para fundamentar as discussões dos resultados evidenciados.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1. Apresentação dos resultados

A caracterização dos sujeitos da pesquisa está apresentada no Quadro 1 e os núcleos de sentido apresentados nos quadros 2 e 3, discutidos dentro de suas respectivas categorias.

Quadro 1. Caracterização dos sujeitos da pesquisa

Participantes	Sexo	Idade	Escolaridade	Ocupação	Outros
Responsáveis legais	Feminino (3)	42 a 49 anos	Fundamental: 1 Segundo grau: 2	Do lar Enfermagem Pescadora	
Médicos	Masculino (1) Feminino (2)	37 a 55 anos	Graduação com especialização: 3	Intensivista pediatra Oncologista Hematologista	**Tempo formação** 15 a 30 anos
Adolescentes	Masculino (3)	16 a 18 anos	Segundo grau incompleto: 3	Vendedor Op. Máquina Estudante	**Diagnóstico** Leucemia + metástase Linfoma difuso Osteossarcoma

Fonte: elaborado pelo autor, 2020.

Quadro 2. Categoria: Autonomia do adolescente frente ao processo decisório

Grupos	Núcleos de sentido
Adolescentes Responsáveis Médicos	A dor e o sofrimento influenciam na autonomia para o processo decisório.
Adolescentes	A dor e a condição clínica limitam a autonomia funcional.
Adolescentes Responsáveis Médicos	A gravidade do estado clínico e o tempo de vida interferem na autonomia para decidir.
Adolescentes Responsáveis Médicos	A comunicação e a relação interpessoal estabelecidas refletem na autonomia para decidir.
Responsáveis Médicos	O reconhecimento da capacidade de compreensão do adolescente reflete na sua autonomia para participar das decisões.

Fonte: elaborado pelo autor, 2020.

Quadro 3. Categoria: O desejo do adolescente com enfermidade oncológica

Grupos	Núcleos de sentido
Responsáveis Médicos	Instrumento norteador de condutas e Diretivas Antecipadas de Vontade.
Adolescentes Responsáveis Médicos	Respeito ao desejo do adolescente enfermo para um cuidado beneficente.

Fonte: elaborado pelo autor, 2020.

3.2. Categoria: Autonomia do adolescente frente ao processo decisório

3.2.1. A condição clínica, a dor e o sofrimento como fatores interferentes

A limitação da autonomia funcional condicionou o enfermo a uma posição de dependência do tempo e da disponibilidade de outras pessoas para realizar tarefas básicas como o autocuidado, a locomoção e o suprimento das necessidades fisiológicas para sua sobrevivência. A liberdade que este adolescente tinha para escolher quando e onde realizar tais tarefas foi drasticamente modificada em função das restrições impostas pela doença, dor, deformidade corpórea decorrente da extirpação de um membro ou massa tumoral. O resultado refletiu no comprometimento de sua autoestima, no modo como o adolescente se expressou, se relacionou e foi motivado ou não a lidar com a situação e a fazer escolhas. Principalmente porque, é na fase da adolescência que o indivíduo se importa com a aparência e em ser aceito em um grupo, busca construir a identidade, planejar e construir objetivos de vida pessoais e profissionais.

Para Pellegrino e Thomasma (2018), este estado de fragilidade debilita a capacidade do enfermo para exercer a autonomia plena e a vulnerabilidade aumenta quando sua condição de enfermidade o condiciona à dependência dos serviços e da empatia dos profissionais da saúde. A autonomia pessoal é afetada em diferentes graus quando se está doente, pois o enfermo está sujeito à dor, ao medo do ambiente hospitalar e do seu prognóstico. O senso de autodireção e os planos de vida são prejudicados frente à ameaça de finitude de vida. A capacidade para conversar e decidir podem ficar limitados ou serem anulados na presença da dor, da angústia, da progressão da doença ou pela hospitalização.

Quando o tempo de vida disponível e o agravamento do estado clínico do enfermo ditaram a urgência de uma ação, conflitos emocionais e morais foram evidenciados nas falas dos médicos e dos responsáveis legais entrevistados pela necessidade de um posicionamento sobre o que fazer adiante. A não possibilidade de cura da doença se mostrou como obstáculo a ser vencido, na maioria das vezes, para evitar ou postergar a morte. Em situações de avanço da doença com risco de morte iminente ou na possibilidade de aumentar a sobrevida, a vontade e a opinião do adolescente não foram respeitadas quando contrárias ao desejo dos responsáveis legais.

Nestas situações, se observaram posturas paternalistas fortes, impondo uma decisão sem considerar a vontade do enfermo ou o paternalismo fraco, quando se optou

pela conduta considerada mais apropriada ao caso e aos interesses do adolescente. No entendimento de Pellegrino e Thomasma (2018), o paternalismo fraco pode ser apropriado nos casos de tratamentos emergenciais, prognósticos incertos e quando há dificuldade para reconhecer o quanto o enfermo compreende da situação. Nestes casos, os responsáveis (pais) e os médicos podem decidir escolhendo as condutas que minimizem os danos e preservem a vida, até que o enfermo possa decidir autonomamente. Embora seja difícil determinar quanto e qual a intervenção mais apropriada em situações de prognóstico incerto, a decisão deve considerar as evidências médicas, o contexto em que a doença ocorre, as repercussões sobre a qualidade de vida e naquilo que o paciente considera importante.

É preciso considerar o risco de incorrer em condutas equivocadas ou extraordinárias na esperança de cura ou no aumento da sobrevida a qualquer custo, pois esta decisão pode ferir a dignidade. Para os estudiosos Pellegrino e Thomasma (2018), quando os recursos tecnológicos são empregados inadvertidamente, as consequências são desastrosas sobre a vida do enfermo. A dificuldade em estabelecer uma coerência entre prolongar a vida artificialmente ou permitir que ela siga seu curso natural são desafios da prática clínica e para desempenhar o cuidado beneficente. Deve-se refletir sobre como as decisões clínicas impactam na qualidade de vida do enfermo e considerar que, às vezes, aceitar a morte é agir no melhor interesse do enfermo. Pode ser difícil mensurar o quanto uma intervenção pode ser benéfica ou geradora de sofrimento para o enfermo, mas quando as tentativas para manter a vida são fúteis, a dignidade humana é colocada em risco.

No entendimento de Honnefelder (2011, p. 163), “o direito do paciente à vida inclui também o direito à morte natural”. Só é possível entender a qualidade de uma condição de vida por meio da perspectiva da própria pessoa que nela está inserida. Portanto, o desejo declarado previamente pela pessoa ou presumido por ela a partir de suas atitudes e valores é norteador frente às circunstâncias. Quando as declarações do adolescente enfermo sinalizam o desejo de abdicar intervenções ou interromper práticas que prolonguem a vida artificialmente com sofrimento, é recomendável que o médico comunique aos familiares para que as decisões aconteçam de forma compartilhada e respeitosa.

Nos relatos dos médicos ficou evidente que, quando o processo de morte iniciava seu curso natural, frequentemente os adolescentes eram levados ao hospital na esperança de postergar tal condição ou de direcionar a morte para o ambiente hospitalar. O que

exigia da equipe de saúde uma postura empática para ouvir as angústias, compreender os medos decorrentes da real situação e instruir os familiares sobre como agir nestes momentos, a fim de promover um cuidado acolhedor. Os cuidados paliativos são importantes desde o diagnóstico, mas nesta fase da doença eles se tornam essenciais ao enfermo e sua família para promover o conforto físico, emocional e espiritual, permitir a presença dos entes significantes e discutir as possibilidades de realizar as vontades manifestadas pelo enfermo. A proporção e a magnitude dos cuidados paliativos serão empregados de acordo com o momento e o tipo de doença, com a condição e as necessidades do enfermo e de seus familiares (CREMESP, 2008).

3.2.2. Fatores como a comunicação, a interação pessoal e a capacidade de discernimento refletem na autonomia do adolescente

A forma como a autonomia do adolescente aconteceu no processo decisório se mostrou reduzida, anulada ou promovida por influência de fatores como a condição biopsicoemocional do enfermo, do contexto da doença e de fatores relacionais. O estudo mostrou que o tipo de relação e a abertura para o diálogo que o adolescente tinha com a sua família antes e após o diagnóstico da doença e, o estabelecido com a equipe de saúde refletiram na sua autonomia e na como participou ou não das decisões. Foram identificadas relações de poder que aconteciam de modo velado ou aparente, expressos por comportamentos paternalistas, autoritários ou manipuladores e que direcionavam a forma de decisão. Alguns relatos demonstraram o sofrimento, a insatisfação e a dúvida por ter que decidir sobre algo que não foi devidamente esclarecido ou por ser submetido a uma intervenção sem informação prévia ou sem o assentimento do adolescente.

Quando o profissional médico não busca conhecer a capacidade de compreensão do enfermo e não se certifica de como as informações foram entendidas, põem em risco a condição do paciente, pois será submetido a condutas eleitas de modo paternalista e que nem sempre atenderão o melhor interesse do paciente (PELLEGRINO & THOMASMA, 2018). Neste sentido, é de suma importância que, ao se tratar de adolescentes enfermos, a abordagem, a linguagem e as informações possam e devam ser fornecidas de acordo com seu grau de compreensão. Para Hamasaki *et al.*, (2016), quando a comunicação é ineficaz pode gerar insegurança e parecer descomprometida com o cuidado prestado ao enfermo, refletindo no modo como as relações interpessoais se estabelecem e em como as condutas terapêuticas são escolhidas.

Os maiores conflitos foram observados nas intercorrências clínicas com risco de morte e na possibilidade de aumentar a sobrevida por meio da realização de quimioterapia e de procedimentos cirúrgicos para extirpação corpórea ou de massa tumoral. Nestas condições, as decisões foram impostas pelos responsáveis legais, influenciadas ou não pelo profissional da saúde e realizadas sem o conhecimento ou contra o desejo do adolescente. Assim, se confirmou a hipótese de que o adolescente com câncer não tem autonomia nas decisões sobre o processo terapêutico e a sua opinião não é considerada quando é diferente ao desejo e a opinião dos responsáveis legais.

Para Pellegrino e Thomasma (2018), atitudes paternalistas (fortes ou fracas) ocorrem quando não há esclarecimento suficiente ou há manipulação das informações para obter o consentimento do enfermo frente a uma decisão. Em um grupo de pessoas há sempre alguém que detém o poder sobre outra, com autoridade para influenciar e conduzir os demais (BRIGIDO, 2013). As divergências de opiniões são comuns em situações conflitantes que envolvem o processo de vida e morte, como por exemplo, a ordem de não realizar a ressuscitação cardiopulmonar ou para descontinuar o suporte artificial de vida, pois dependem do que cada pessoa considera como bem maior (PELLEGRINO & THOMASMA, 2018).

Alguns adolescentes delegaram o poder de decisão aos responsáveis legais, pois acreditavam que eles fariam a melhor escolha em relação ao seu tratamento. Este comportamento pode parecer um tanto passivo e apático, mas mesmo que não tenham decidido, ainda sim tiveram a autonomia para não decidir, delegando esta tarefa ao responsável legal. Abourihan (2016), explica que os adultos precisam entender que para o adolescente é difícil lidar com a dor e as restrições impostas pela doença. Esta condição pode resultar no comportamento desinteressado e descomprometido frente às decisões terapêuticas. A dor e o sofrimento, complementam Drane e Pessini (2005), interferem na capacidade de juízo do enfermo e podem resultar em decisões impensadas, o que justifica o apoio dos representantes do enfermo na tomada de decisão.

No processo decisório o médico tem a responsabilidade de refletir sobre como a intervenção proposta e o prognóstico afetarão a vida do enfermo a curto e a longo prazo. Estas reflexões devem ser transformadas em informações para serem transmitidas de modo claro, delicado e adaptado a linguagem, ao contexto cultural e a capacidade de entendimento do enfermo ou do representante (PELLEGRINO & THOMASMA, 2018).

Quando se reconheceu esta capacidade de entendimento, observado em alguns relatos dos participantes, o adolescente foi incluído no processo decisório e estimulado a

expressar suas opiniões e vontades. A autonomia do adolescente com câncer foi respeitada e promovida de modo que as decisões foram feitas em conjunto. Esta capacidade se apresentou em graus variados devido a fatores como a condição clínica e psicoemocional, a idade cronológica e a maturidade do adolescente, a comunicação e as relações estabelecidas entre a família e a equipe. Estas constatações remetem ao modelo de cuidado beneficente, onde a finalidade da conduta é esclarecida e a decisão é negociável e compartilhada. Este modelo se baseia na relação de confiança e no agir de encontro aos melhores interesses do paciente sem prejudicar os demais envolvidos (ROCHA, 2014). Para Abourihan (2016), por meio do cuidado fraternal e reconhecendo a capacidade de compreensão do adolescente é possível obter sua confiança e, consequentemente, sua cooperação no processo terapêutico.

A capacidade da pessoa para tomar decisões muda no decorrer da vida, algumas a perdem parcial ou totalmente em decorrência de enfermidades e há aquelas que, por imaturidade do indivíduo, necessitam de maior ou total proteção. Definir se uma pessoa possui ou não autonomia depende de uma avaliação minuciosa e periódica que se diferenciará em cada situação e implicará na quantidade de proteção que a ela deve ser fornecida (BELMONT, 1979). Neste entendimento, Beauchamp e Childress (2011), reforçam a necessidade de se investigar a capacidade dos indivíduos enfermos para realizar decisões autônomas. Quando comprovado o grau de capacidade, a autonomia deve ser respeitada e promovida, mas quando se identificar uma incapacidade é preciso ter a representação legal de um responsável que pode ter autoridade parcial ou total sobre esta pessoa.

3.3. Categoria: O desejo do adolescente com enfermidade oncológica

3.3.1. Instrumentos norteadores no processo decisório e o respeito à vontade do adolescente com câncer

A escolha do plano terapêutico era definida pelo médico entrevistado com base nos resultados dos exames e no prognóstico da doença, com o intuito de curar ou aumentar a sobrevida do adolescente. A decisão de realizá-lo ou não ocorria por meio do diálogo com os responsáveis legais e, sempre que possível, na presença do adolescente. Constatou-se que os médicos entrevistados desconheciam a finalidade e a Resolução 1.995/2012 do Conselho Federal de Medicina que regulamenta as Diretivas Antecipadas

de Vontade (DAV). Deste modo, se refutou a hipótese de que as DAV não são aplicadas por falta de legislação que respalde o profissional médico em situações judiciais. Contudo, parte desta hipótese se confirmou quando alguns relatos evidenciaram que, quando o adolescente manifestava desejos contrários à opinião dos responsáveis, estas vontades não eram atendidas. Pellegrino e Thomasma (2018), defendem que todas as decisões devem ser deliberadas com o enfermo, a menos que sua condição o incapacite de entender e de se comunicar. Nestas circunstâncias, o médico pode agir para o bem do paciente até que se evidencie o real desejo do enfermo por meio de uma diretiva ou pela representação de um responsável legal.

Se observou que alguns participantes se mostraram favoráveis à utilização de um documento escrito contendo a vontade manifestada antecipadamente pelo adolescente para minimizar a culpa e os conflitos decorrentes da decisão. No discurso do médico intensivista, para esta especialidade em particular, a existência e a utilização das DAV ou de sua adaptação agilizaria as ações em situações emergenciais muito comuns na fase de terminalidade de vida. Evitaria inclusive, a realização de condutas equivocadas e minimizaria as angústias tanto para o profissional como para a família. O presente modelo de assistência à saúde promove ambientes com alta demanda de atendimentos e rotatividade de profissionais, de modo a dificultar o estabelecimento de vínculo (PELLEGRINO & THOMASMA, 2018). Este fato resulta na falta de conhecimento sobre as preferências e particularidades do enfermo por parte do médico, prejudicando a definição do plano terapêutico frente às condições delicadas e conflituosas de vida e morte.

Pode-se inferir que esta divergência de opiniões sobre a viabilidade em se utilizar as DAV ou uma adaptação deste instrumento para com o adolescente com câncer decorreu de uma série de fatores como: os valores pessoais, os aspectos biopsicoemocionais e socioculturais, a história de vida, a relação interpessoal e comunicacional estabelecida entre os envolvidos e de como cada um entende e lida com o sofrimento, a morte e o viver com dignidade. Também por desconsiderarem ou não reconhecerem a capacidade de entendimento do adolescente sobre sua real condição, limitando, anulando ou desrespeitando a sua autonomia nas decisões que envolvem seu bem-estar.

Sobre a capacidade, Beauchamp e Childress (2011), afirmam que uma pessoa pode ser apta a realizar uma tarefa, mas inapta a desempenhar outra e esta capacidade pode variar com o tempo e algumas condições. Os autores propõem uma forma de avaliar e determinar o grau de capacidade ou incapacidade de uma pessoa por meio do modelo

de capacidade concorrente. Este modelo aponta as habilidades ou inabilidades da pessoa para expressar uma vontade ou escolha; compreender sua própria situação; entender informações; refletir sobre uma decisão importante e vital; apresentar um motivo racional ou relacionado à riscos e benefícios para encontrar uma decisão razoável.

Testes operacionais de incapacidade poderiam servir de instrumento para subsidiar os profissionais da saúde, de modo transdisciplinar, na avaliação da capacidade de discernimento do adolescente enfermo. Assim, seria possível promover sua autonomia, motivá-lo a expressar suas vontades e a participar das escolhas relacionadas ao seu tratamento e a sua qualidade de vida. Contudo, não devem ser padronizados como um checklist que rotula em capaz e incapaz, mas possibilitar adaptações que considerem aspectos mais amplos como as relações interpessoais estabelecidas, a fase da doença, os planos para a vida, aspectos emocionais, espirituais e o contexto que o adolescente está inserido.

O artigo 4º do Código Civil, em seu capítulo I, que trata da personalidade e da capacidade, define como sujeitos relativamente incapazes de praticar ações da vida civil, os maiores de 16 e menores de 18 anos de idade. O artigo 1.860 do Código Civil (Lei 10.406/02) em seu parágrafo único do capítulo II resguarda ao maior de 16 anos, com plena capacidade de discernimento, praticar alguns atos civis sem a supervisão do responsável legal, como por exemplo, elaborar seu testamento (BRASIL, 2002; BRASIL, 2008). O testamento é uma forma expressão do desejo da pessoa no que diz respeito a seus bens ou outros assuntos, não sendo necessariamente ligadas ao seu patrimônio, mas que podem orientar as ações a serem seguidas após a sua morte (AMARAL & PONA, 2010).

Por outro lado, embora ainda não exista legislação específica para o uso das Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV) no Brasil, a Resolução n° 1.995 de 2012 do Conselho Federal de Medicina regulamenta o seu uso. Este documento expressa em vida, os tratamentos que o enfermo concorda ou discorda que sejam aplicados para prolongar sua vida artificialmente quando estiver incapacitado de decidir (CFM, 2012). No entanto, esta resolução não estabelece a idade cronológica mínima para sua elaboração. Para Dadalto (2013b), alguns estudos discutem o real impacto do diagnóstico de doença incurável ou terminal sobre a capacidade de discernimento da pessoa e, portanto, é recomendável que esta capacidade seja atestada em laudo médico.

Tais argumentos abrem espaço para discutir a possibilidade em se utilizar as DAV ou uma adaptação deste documento com adolescentes maiores de dezesseis anos para

registrar suas vontades manifestadas e inclui-los no processo decisório. Este instrumento elaborado pelo próprio adolescente enfermo poderia nortear as decisões da equipe de saúde e dos responsáveis para realizar o cuidado beneficente. Tal instrumento poderia conter além das recomendações sobre as práticas terapêuticas que o adolescente concorda ou discorda que sejam empregadas quando não puder participar das decisões, trazer recomendações voltadas à doação de seus pertences, de como gostaria de ser cuidado, últimos desejos, despedidas, o local e com quem gostaria de estar antes da partida, aspectos ligados à espiritualidade ou religiosidade.

Em relação ao respeito ao desejo manifestado pelo adolescente com câncer se percebeu que, quando a interação e a comunicação foram assertivas, as necessidades, os desejos e anseios mais particulares do adolescente foram expressos. Nas situações de não cura da doença e proximidade da morte, as condutas terapêuticas se direcionaram muito mais para o cuidado humanizado e o adolescente teve autonomia para fazer algumas escolhas. Foi o momento em que a equipe de saúde se mostrou mais sensibilizada e mobilizada a tentar atender aos últimos desejos destes adolescentes.

Dentre os relatos se destacaram algumas histórias como a do adolescente que queria conhecer a mãe biológica e a equipe mobilizou a rádio local para fazer a buscativa e permitir o encontro, dias após o ocorrido ele veio a falecer. Outra história foi a do adolescente que queria conhecer as Cataratas do Iguaçú de helicóptero e o sonho foi realizado com a ajuda da equipe de profissionais de saúde. De modo geral, os desejos foram para visitar lugares com água e ver o céu, participar de eventos (formatura, aniversário), estar junto da família e dos amigos, reestaurar a autoimagem (cabelo, parte do corpo amputada), formar a prória família, estudar e trabalhar.

De acordo com Pellegrino e Thomasma (2018), agir nos melhores interesses do enfermo requer saber quais valores são importantes na sua vida, o que considera como bem maior e os seus objetivos de vida. É respeitar sua capacidade de raciocínio e de fazer escolhas conscientes com base nas informações recebidas acerca dos benefícios e prejuízos de uma intervenção clínica.

4. CONCLUSÃO

O presente estudo permitiu avaliar como é a autonomia do adolescente com câncer e os fatores que interferem neste exercício frente ao processo decisório, sob a perspectiva dos três envolvidos (médico, adolescente e responsável legal). Isto possibilitou observar

que todos se depararam com relações de poder, conflitos morais e emocionais, barreiras relacionais e comunicacionais que, de certa forma, restringiram, anularam ou potencializaram a autonomia de um perante a do outro. Inclusive dentro do mesmo grupo, esta compreensão se mostrou diferente em virtude de fatores intrínsecos e extrínsecos.

Confirmou-se a hipótese de que o adolescente com câncer não tem autonomia nas decisões sobre o processo terapêutico e a sua opinião não é considerada quando contrária a dos responsáveis legais, especialmente em situações cruciais de vida ou morte. Foram identificados fatores que restringiram ou anularam a autonomia, a vontade e a opinião do adolescente no processo decisório como: a gravidade da doença com o risco de morte; a possibilidade de prolongar a vida por meio de cirurgia, radioterapia ou quimioterapia; quando a comunicação e as relações interpessoais foram ineficazes, nas relações de poder e quando a opinião do adolescente foi contrária ao desejo dos responsáveis legais.

Refutou-se a hipótese de que o médico não utiliza as Diretivas Antecipadas de Vontade no contexto de adolescentes com câncer por não existir legislação que o respalde no caso de processos judiciais. Visto que, a finalidade deste documento e a resolução que a normatiza eram desconhecidas e impraticadas pelos médicos entrevistados.

Embora evidenciado que, mesmo quando o adolescente manifestava sua vontade, se fosse contrária ao desejo dos responsáveis legais, este desejo não era considerado. A maioria destes profissionais julgou desnecessário ter um documento escrito para nortear as escolhas, pois as decisões eram realizadas por meio da conversa com os pais (responsáveis) na presença do adolescente, sempre que possível. No entanto, alguns participantes dos três grupos de entrevistados gostariam de ter um documento com as manifestações de vontade do adolescente para direcionar as decisões. As justificativas foram de que em situações de intercorrências clínicas, muito comuns na fase de terminalidade de vida, tal documento minimizaria os conflitos, o sofrimento e a angústia dos envolvidos por ter que decidir sobre o que fazer adiante. Até porque, estariam agindo de acordo com o desejo manifestado antecipadamente pelo adolescente enfermo, que neste caso, pôde fazer sua escolha e participar da decisão.

Também foi observado que a equipe de saúde prestava uma assistência humanizada ao adolescente e a sua família, especialmente àqueles na fase avançada da doença e proximidade da morte. Proporcionavam condições para que o adolescente não sentisse dor e outros desconfortos, pudessem estar junto de seus entes queridos e, sempre que possível, atendiam a seus últimos desejos.

A partir destas constatações, se mostra relevante refletir sobre as decisões motivadas ou justificadas pela dificuldade em falar sobre a morte e entendê-la como uma parte natural do ciclo de vida, pelo desconhecimento ou negação da doença e do desejo do enfermo, pela ineficiência da comunicação, pelas relações de poder entre os envolvidos ou pela disponibilidade de recursos tecnológicos e medicamentosos que podem ser empregados. Muitas vezes, as decisões feitas sob estas condições não correspondem aos melhores interesses do paciente e não tem a participação ou o assentimento do adolescente, se baseiam apenas na perspectiva e nos argumentos do profissional de saúde e dos responsáveis legais.

Este cuidado deve ser redobrado pelo fato de ser um adolescente, pelo qual se tem o paradigma de investir sempre, ou ainda, por achar que não é capaz de entender a sua condição, opinar, tampouco decidir. Se faz aqui um chamado para refletir em como este adolescente pode se sentir se a conduta escolhida não proporcionar um benefício real, se a doença não for curada ou se resultar em mais sofrimento.

Por todos estes aspectos, almeja-se com esta chave de leitura, provocar uma reflexão e espaços para o diálogo acerca de como identificar a capacidade de entendimento, de respeitar e promover a autonomia do adolescente com câncer no processo decisório e, consequentemente, realizar um cuidado beneficente. Também, para se buscar instrumentos que otimizem o modo como as decisões são conduzidas para além de práticas tecnicistas, mas que considerem as prioridades, os planos de vida, os desejos e os anseios do adolescente com câncer.

5. REFERÊNCIAS

ABOURIHAN, C.L.S. Bioética e o cuidado no contexto das necessidades alimentares especiais. Orientadora: Carla Corradi Perini. Dissertação (mestrado em Bioética) pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba em 2016, 72 p.

BARDIN, L. Trad. RETO, L.A. & PINHEIRO, A. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70, 2011.

BELMONT. Relatório. Reporte Belmont: princípios éticos y directrices para la Protección de sujetos humanos de investigacion. Reporte de la Comisión Nacional para la Protección de Sujetos Humanos de Investigación Biomédica y de Comportamiento. 18 de abril de 1979. Disponível em: http://www.ims.ufba.br/cep/sereshumanos/documentos/internacionais/Relatorio%20Belmont.pdf. Acesso: 28 out. 2017.

BERTACHINI, L. & PESSINI, L. Encanto e responsabilidade no cuidado da vida. São Paulo: Paulinas, 2011.

BEUCHAMP, L.T. & CHILDRESS, F.J. Princípios de ética biomédica. Trad. PUDENZI, L. São Paulo: Loyola, 2. ed. 2011.

BRASIL. Código Civil. Lei 10.406 de 10 de janeiro de 2002. Dispõe sobre a capacidade de testar pelo novo Código Civil de 2002. Diário Oficial da União. DF, Brasília. Disponível em: http://www.normaslegais.com.br/legislacao/lei10406.htm. Acesso: 13 out. 2017.

BRASIL. Código civil brasileiro e legislação correlata. 2. ed. Brasília: Senado Federal, Subsecretaria de Edições Técnicas, 2008. 616 p.

BRASIL. Resolução n° 466 de 12 de dezembro de 2012: dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acesso: 15 out. 2017.

BRÍGIDO, E.I. Michel Foucault: uma análise do poder. Revista de Direito Econômico e Socioambiental, v. 4, p. 56, 2013.

CAMARGO, L.K. Conflitos bioéticos do viver e do morrer: diretivas antecipadas de vontade do paciente terminal. TCC do Curso de Bacharel em Direito da PUC- Maringá, 2015, 55 p.

CIELO, P.F.L.D. A incapacidade no novo Código Civil. Jus.com.br. nov. 2013. Disponível em: https://jus.com.br/artigos/25741/a-incapacidade-no-novo-codigo-civil. Acesso: 02 out. 2017.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM nº 1995 de 9 de agosto de 2012. Dispõe sobre as Diretivas Antecipadas de Vontade dos pacientes. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2012/1995_2012.pdf. Acesso: 25 set. 2017.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução do CFM nº 1.805/2006 que regulamenta a prática da ortotanásia. 9 de nov. de 2006. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2006/1805_2006.htm. Acesso: 26 out. 2017.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO (CREMESP). Cuidado Paliativo / Coordenação Institucional de Reinaldo Ayer de Oliveira. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008. 689 p. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/446028/mod_resource/content/1/Cuidados_Paliativos_CREMESP.pdf. Acesso: 15 out. 2017.

DADALTO, L. Aspectos registrais das diretivas antecipadas de vontade. Civilistica.com. a. 2, p. 1, 2013.

DADALTO, L. *et al.* Diretivas antecipadas de vontade. Revista Bioética, v. 21, p. 463, 2013b.

DESCRITORES EM CIÊNCIAS DA SAÚDE - DeCS. Rev. e ampl. São Paulo: BIREME / OPAS / OMS, 2017. Disponível em: http://DeCS.bvsalud.org. Acesso em: 31 jun. 2018.

DINIZ, M.H. Curso de Direito Civil brasileiro: teoria geral do Direito Civil. 27. ed. v. 1. São Paulo: Saraiva, 2010.

DO AMARAL, A.C.C.Z.M. & PONA, E.W. Autonomia da vontade privada e testamento vital: a possibilidade de inclusão no ordenamento jurídico brasileiro. Revista do Direito Privado da UEL, v. 1, p. 8, 2010.

DRANE, J. & PESSINI, L. Bioética e cuidados paliativos. In: DRANE, J.; PESSINI, L. trad. SOBRAL, A.; GONÇALVES, M. S. Bioética, medicina e tecnologia: desafios na fronteira do conhecimento humano. São Paulo: Centro Universitário São Camilo, Loyola, cap. 9, p. 127-140, 2005.

HAMASAKI, L.J.A. *et al*. Comunicação como instrumento fundamental para os cuidados paliativos. IN: PERINI-CORRADI, C.; SOUZA, W. *et al.*; (orgs). BIOHCS – Bioética e cuidados paliativos. 1. ed. p. 81- 97, 2016.

HONNEFELDER, L. Qualidade de vida e dignidade humana: fins e critérios do prolongamento médico da vida. In: BERTACHINI, L.; PESSINI, L. Encanto e responsabilidade no cuidado da vida: lidando com desafios éticos em situações críticas no final da vida. 1. ed. cap. 3. São Paulo: Paulinas, p. 141-183, 2011.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER- INCA. Sobrevida de pacientes infanto-juvenis com câncer no Brasil é de 64%. 24/11/2016. Disponível em: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/agencianoticias/site/home/noticias/2016/sobrevida_pacientes_infantojuvenis_cancer_64_por_cento_brasil. Acesso: 13 ago. 2018.

PELLEGRINO, E.D. & THOMASMA, D.C. Para o bem do paciente: a restauração da beneficência nos cuidados da saúde. Trad. STEINES, D. M. R. E. São Paulo: Edições Loyola, 2018.

ROCHA, D.M.E. Cuidados paliativos e bem-estar no fim da vida: entre a autonomia e a beneficência. Curitiba: Prismas, 1. ed., 2014.

SANCHES, M.A. Bioética nos cuidados neonatais. In: SANCHES, M.A.; GUBERT, I.C.; org. Bioética e vulnerabilidades. Curitiba: Champagnat, p. 143-162, 2012.

SANCHO, M.G. *et al.* Atención médica al final de la vida: conceptos y definiciones. Organización Médica Colegial y Sociedad Espanõla de Cuidados Paliativos. v. 112, p. 216, 2015.

Capítulo 37

POLÍTICAS PÚBLICAS NO BRASIL E A SAÚDE DO TRABALHADOR

Márcia A Fernandes[1], Carla D A Feitosa [2], Rosa J Carvalho[3], Amanda A de A Ribeiro[4], Nicole M B de M Alencar[2]

[1] Docente do Curso de Graduação e Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Piauí. Teresina/PI.
[2] Mestra em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Piauí, Teresina/PI.
[3] Mestranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Piauí, Teresina/PI.
[4] Enfermeira graduada pela Universidade Federal do Piauí. Teresina/PI.

Palavras-chave: *Políticas públicas de saúde; saúde pública; saúde do trabalhador.*

1. INTRODUÇÃO

O trabalho corresponde a uma atividade complexa e multifacetada, que não apenas permite, mas exige diferentes olhares para sua compreensão. Dessa forma, as concepções de trabalho resultam de um processo de criação histórica, no qual trabalho pode associar-se a interesses econômicos, ideológicos e políticos, dada sua importância na formação da subjetividade e identidade dos indivíduos (NEVES *et al*., 2018).

O processo de trabalho na contemporaneidade é apresentado por Van der Linden (2009) como uma genuína revolução intelectual, em que sua importância é tamanha e tem sido estudada não somente nos países de capitalismo avançado, mas também naqueles ditos socialistas, apresentando-se como um projeto global de estudo sobre a história do trabalho e as políticas elaboradas para os trabalhadores.

No cenário brasileiro, a atenção à Saúde do Trabalhador (ST) sofreu mudanças ao longo do tempo, mas a partir da Constituição de 1988 as ações se intensificaram a citar, por exemplo, a garantia de novos direitos aos trabalhadores urbanos e rurais, a fim de promover a melhoria de suas condições sociais (BRASIL, 1988).

Contudo, o percurso de institucionalização da ST no Sistema Único de Saúde (SUS) não se constituiu em uma trajetória linear de implementação. Com a promulgação

da Constituição Federal à medida que se avançava na inclusão da área de ST no SUS, os desafios para a sua consolidação efetiva surgiam, na maioria das vezes, como verdadeiros obstáculos para sua viabilização (GOMEZ *et al*., 2018).

Nesta perspectiva, questiona-se: quais as políticas públicas direcionadas à atenção a Saúde do Trabalhador no contexto brasileiro? Com vistas a responder tal inquietação, o objetivo do presente estudo consiste em discutir as políticas públicas, em conformidade com a legislação brasileira, relacionadas à Saúde do Trabalhador.

A realização desse estudo justifica-se pela necessidade de agregar conhecimentos científicos sobre as políticas de saúde do trabalhador no contexto da saúde pública brasileira.

2. MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo de cunho bibliográfico reflexivo, originado a partir da necessidade percebida durante as discussões ocorridas nas reuniões científicas do Grupo de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental e Trabalho (GEPSAMT-CNPq/UFPI), vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí-UFPI, de um material que compilasse as principais publicações oficiais sobre as políticas adotadas, em nível de Brasil, adotadas para a atenção à Saúde do Trabalhador .

Buscou-se compreender as decisões governamentais instituídas na realidade brasileira sobre os principais documentos que legislam sobre o assunto. Realizou-se leitura crítica na literatura nacional e nas publicações oficiais do Ministério da Saúde (MS) e da Previdência Social. A busca pelos artigos se deu no período de março a maio de 2020 nos sites oficiais do governo, bem como na Biblioteca Virtual em saúde (BVS), uma rede de fontes de informação on-line para a distribuição de conhecimento científico e técnico em saúde, sendo livre e de fácil acesso.

Assim, esta pesquisa foi embasada nos conceitos teóricos que apoiam as políticas de saúde direcionadas à ST. E, a partir da leitura, e análise crítica dos achados foram discutidas em seguida.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A Saúde do trabalhador encontra-se ancorada em várias legislações, das quais se destaca a Lei n° 8.080/1990 (Lei Orgânica da Saúde), que trouxe como atribuição do

Sistema Único de Saúde (SUS) a promoção da saúde do trabalhador. Esta, por sua vez, foi caracterizada como um conjunto de atividades que se destina à promoção e à proteção da saúde dessa parcela da população, mediante ações de vigilância epidemiológica e sanitária. Além de dispor sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, traz em seu artigo art. 3º que a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais, entre outros (BRASIL, 1990).

Então, a partir de 1988, com a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS), a área da Saúde do Trabalhador foi restruturada passando a ser considerada como de competência do gestor da saúde e dos Estados e Municípios. Nessa direção, várias portarias do Ministério da Saúde e leis foram promulgadas com vistas a melhorar a assistência ao trabalhador.

A Constituição Federal Brasileira de 1988 em seu art. 7º, inciso XXII estabelece que "é direito do trabalhador urbano e rural a redução dos riscos inerentes ao trabalho, por meio de normas de saúde, higiene e segurança" (BRASIL, 1988). Assim, prioriza e incentiva a prevenção do meio ambiente do trabalho e dos consequentes riscos de acidentes, objetivando obrigar o empregador a cumprir as normas de segurança e higiene, prevenindo, efetivamente, o meio ambiente de trabalho dos riscos à saúde do trabalhador

Sabe-se que ao abordar a saúde do trabalhador é relevante tratar das doenças relacionadas ao trabalho. Nesse sentido, a Portaria 1339/GM, de 18 de novembro de 1999, abrangeu os princípios norteadores utilizados no Brasil para o diagnóstico dessas doenças mediante a relação de agentes ou fatores de risco de natureza ocupacional, de modo a enfatizar o estabelecimento do nexo causal entre a doença e a atividade do trabalhador, servindo como ponto de partida para o diagnóstico, ações de vigilância e registro das informações (BRASIL, 1999).

Esse Manual de Doenças Relacionadas ao Trabalho (Manual de Procedimentos para os Serviços de Saúde do Ministério da Saúde), além de instituir a Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho, estabelece também os diagnósticos e a terapêutica que deve ser adotada, permitindo, desta forma, uma intervenção mais eficaz na saúde do trabalhador.

Neste contexto, convém esclarecer conceituamente o que são agravos específicos relacionados ao trabalho, ou seja, Doenças Profissionais e Doença do Trabalho. A primeira diz respeito àquelas nas quais o trabalho ou as condições em que ele é realizado

constituem causa direta do adoecimento. Assim, a *Doença Profissional* é compreendida como uma entidade mórbida produzida ou desencadeada pelo exercício de trabalho peculiar à determinada atividade e que possui nexo causal presumido, isto é, a relação causal ou nexo causal é direta e imediata e a eliminação do agente causal ou substituição pode assegurar a sua eliminação. Enquanto a *Doença do Trabalho,* por sua vez, é conceituada como aquela adquirida ou desencadeada em função de condições especiais nas quais o trabalho é realizado e com ele se relaciona diretamente, sendo que a relação da doença com o trabalho deve ser comprovada.

Ambas para serem oficialmente reconhecidas, devem constar das relações elaboradas, de acordo com a Lei nº 8.213/91, conforme redação dada pelo Decreto nº 3.048, de 06 de maio de 1999 (BRASIL, 1999).

O Brasil é designatário de várias recomendações da Organização Internacional do Trabalho (OIT) que foram ratificadas pelas portarias do Ministério do Trabalho, denominadas de Normas Regulamentadoras (NR) que visam a eliminar ou controlar os riscos ocupacionais (BRASIL, 2001). No contexto jurídico, as NR devem ser obedecidas pelas empresas privadas, públicas e por órgãos públicos de administração direta e indireta. Essas normas são válidas também para trabalhadores avulsos e as entidades ou empresas que lhes tomem o serviço (BRASIL, 1983).

Dentre essas normas, merece destaque a NR-32 (BRASIL, 2005), destinada aos serviços de saúde no que se refere à implementação de ações de promoção da saúde, prevenção das doenças, recuperação para toda atividade destinada à prestação de assistência à saúde e ao desenvolvimento de capacitação continuada dos trabalhadores.

Para fins de aplicação desta NR, são entendidos por serviços de saúde qualquer edificação destinada à prestação de assistência à saúde da população, e todas as ações de promoção, recuperação, assistência, pesquisa e ensino em saúde em qualquer nível de complexidade. De acordo com o Departamento de Saúde e Segurança, a NR-32 possui três grandes eixos: a capacitação contínua dos trabalhadores; a definição de programas que tratam dos riscos; e a determinação de medidas de proteção contra os riscos (BRASIL, 2011).

A partir de 2007 novas exigências passaram a integrar a NR-32 como as ações do Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA) e as do Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO) (BRASIL, 2008). O PCMSO tem como principais objetivos prevenir, rastrear e diagnosticar precocemente as doenças ocupacionais e o PPRA objetiva a preservação da saúde e da integridade dos trabalhadores

por meio da antecipação, reconhecimento, avaliação e controle dos riscos ambientais (BRASIL, 1978). Esses programas fornecem informações relevantes que subsidiam a elaboração das ações preventivas à ocorrência de Acidentes de Trabalho (AT) e de doenças relacionadas ao trabalho.

Contudo, os danos à saúde dos trabalhadores já haviam sido relatados em políticas anteriores e, a partir da Portaria 777/2004, a gravidade do quadro de saúde dos trabalhadores brasileiros expressa pelos acidentes de trabalho e doenças relacionadas ao trabalho passou a ser de notificação compulsória (BRASIL, 2004). Para tanto, deve-se atentar para a definição legal de Acidentes de Trabalho (AT), em conformidade com o artigo 19 da Lei n.º 8.213 de 1991 (BRASIL, 1999), que são classificados em Acidente do Trabalho Típico e Acidente de Trabalho de Trajeto, definidos como:

> Acidente do Trabalho Típico é aquele que ocorre pelo exercício do trabalho a serviço da empresa, provocando lesão corporal, ou perturbação funcional, que cause perda ou redução da capacidade de trabalho, temporária ou permanente, ou ainda a morte; e Acidente de Trajeto é aquele sofrido pelo trabalhador, ainda que fora do local e horário de trabalho como em viagem a serviço da empresa, independente do meio de locomoção utilizado no percurso da residência para o local de trabalho ou vice-versa, nos períodos destinados a refeição ou descanso ou por ocasião da satisfação de outras necessidades fisiológicas, dentre outros (BRASIL, 1999, p. 1480911).

No entanto, a partir da Medida Provisória (MP) 905, de 11 de novembro de 2019, revogou-se o artigo 21, inciso IV, letra “d”, da Lei nº 8.213/91, que diz respeito ao acidente de trajeto. Perante essa decisão o acidente de trajeto não será mais considerado como do trabalho e, portanto, enquanto a MP tiver validade as empresas não precisarão emitir a Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) (BRASIL, 2019). Fato lamentável que representa uma grande perda dos direitos conquistados, ao longo dos tempos, pela classe trabalhadora.

As ações desenvolvidas no âmbito da saúde do trabalhador contam também com a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST), disposta na Portaria 2.728/2009. A RENAST representou o aprofundamento da institucionalização e do fortalecimento da saúde do trabalhador no âmbito do SUS, reunindo condições para a inclusão de ações em saúde do trabalhador na atenção básica, bem como na instituição de

uma rede de serviços sentinela em saúde do trabalhador, além da estruturação dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) (BRASIL, 2009).

Os CEREST, por sua vez, constituem-se como um centro articulador e organizador de ações em saúde do trabalhador, assumindo uma função de retaguarda técnica e de polos irradiadores de medidas de vigilância em saúde, como também prestam serviços de educação permanente, coordenação de projetos de assistência e promoção da saúde do trabalhador em sua área de abrangência (RENAST, 2006). Assim, tanto os CEREST, quanto o RENASF são alicerçados na Atenção Primária à Saúde e Estratégia de Saúde da Família, cujo objetivo consiste em integrar a rede de serviços destinados à assistência e vigilância, para o desenvolvimento das ações de saúde dos trabalhadores (BRASIL, 2002; BRASIL, 2010).

A propóstico de promoção da saúde, destaca-se a Política Nacional de Promoção da Saúde no Trabalho que apresenta como objetivo principal promover a qualidade de vida e reduzir a vulnerabilidade e os riscos à saúde do trabalhador, sendo que a promoção da saúde é vista como uma das importantes estratégias de produção de saúde articulada às demais políticas e tecnologias desenvolvidas no sistema de saúde, a fim de responder às necessidades sociais em saúde no país (BRASIL, 2010). No entanto, observamos que a atenção integral à saúde do trabalhador em nosso país ainda é um processo em construção com estágios diferentes, dependendo de cada região.

Ainda sobre a questão de promoção da saúde, a Política Nacional de Saúde do Trabalhador, instituída em 2004, foi construída nos pilares que possibilitam reconhecer na promoção da saúde a busca da equidade; estimular as ações intersetoriais; fortalecer a participação social; promover mudanças na cultura organizacional; incentivar a pesquisa e divulgar as iniciativas voltadas para a promoção da saúde de profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS (BRASIL, 2011).

Considerando as mudanças no mundo do trabalho, advindas das inovações tecnológicas e das novas formas de organização do trabalho, e a necessidade de ampliar a atenção aos trabalhadores, o governo brasileiro publicou ainda uma portaria direcionada a atenção à Saúde Mental dos Trabalhadores, a Portaria 1.261, de 05 de maio de 2010. Contudo, essa direciona-se especificamente ao servidor público federal.

A Portaria mencionada institui os princípios, diretrizes e ações em saúde mental orientadoras para órgãos e entidades do Sistema Pessoal Civil da Administração Pública Federal em relação à atenção direcionada à Saúde Mental dos Servidores. E estabelece que a elaboração e consecução das ações integrantes da Política de Atenção à Saúde do

Servidor devem ser compartilhadas com os gestores, servidores e seus representantes, devendo ser priorizadas as estratégias coletivas para o enfrentamento dos problemas relacionados à saúde mental dos servidores públicos, monitorando os riscos ambientais, considerando os indicadores de saúde dos servidores e promovendo ações educativas (BRASIL, 2010).

A importância das ações voltadas à saúde do trabalhador é notória para o campo da Saúde Pública. Assim, convém destacar também o Decreto 7.602/2011, que estabelece a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho (PNSST), desenvolvida de modo articulado pelos Ministérios do Trabalho, da Previdência Social e da Saúde. E objetiva a promoção da saúde e à melhoria da qualidade de vida do trabalhador, bem como almeja à prevenção de acidentes e de danos à saúde relacionados ao trabalho ou que ocorram no curso dele por meio da eliminação ou redução dos riscos (BRASIL, 2011).

Visando à promoção e à proteção da saúde dos trabalhadores, bem como a redução da morbimortalidade decorrentes de doenças ocupacionais, houve a atualização da Política Nacional de Saúde do Trabalhador, mediante a Portaria 1.823/2012, responsável pela instituição atualmente denominada Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Esse documento prevê ações de atenção integral aos trabalhadores, independente de gênero, de sua forma de inserção no mercado de trabalho ou de seu vínculo empregatício (BRASIL, 2012).

Essa portaria apresenta como finalidade a de definir os princípios, diretrizes e estratégias a serem observadas nas esferas federal, estadual e municipal de gestão do SUS, para o desenvolvimento das ações de atenção integral à saúde do trabalhador, com ênfase na vigilância, visando à promoção e à proteção da saúde dos trabalhadores e à redução da morbimortalidade decorrente dos modelos de desenvolvimento e dos processos produtivos. E apresenta, ainda, como princípios norteadores a universalidade, a integralidade, a participação da comunidade, dos trabalhadores e do controle social, a descentralização, a hierarquização, a equidade e a precaução, estando alinhada ao conjunto de políticas de saúde do SUS, como a Política e o Plano Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho (PLANSAT), considerando a transversalidade das ações de saúde do trabalhador e o trabalho como um dos determinantes do processo saúde-doença (BRASIL, 2012).

Desse modo, a partir dessas Políticas, percebe-se que o SUS assume o papel de realizar a cobertura universal para o cuidado da saúde dos trabalhadores. Contudo, ainda não é dada a devida importância para esta área, apesar do enorme impacto ocasionado

pelo adoecimento e morte pelo trabalho. Realidade essa que a saúde pública ainda não conseguiu dimensionar de forma acurada (VASCOCELLOS & AGUIAR, 2017). E, embora haja aporte financeiro e aumento do número de CEREST, é possível dizer que as estratégias de articulação das ações de saúde do trabalhador, apesar dos avanços, os resultados obtidos situam-se aquém das expectativas iniciais (LEÃO & VASCONCELLOS, 2011).

Enfim, apesar da formulação de políticas públicas destinadas à classe trabalhadora, são grandes os obstáculos à consolidação de ações que podem efetivamente contribuir para a melhoria dos indicadores em saúde do trabalhador, especialmente no que diz respeito à realidade brasileira, visto que a situação é crítica quando comparada com nações socialmente mais desenvolvidas (COSTA *et al*., 2013).

4. CONCLUSÃO

Considera-se que novas ações foram propostas e estão sendo implantadas, mas permanece o desafio da área de ST em relação ao adoecimento dos trabalhadores.

Nesta perspectiva, observa-se que houve a elaboração de políticas transformadoras, que tem dado visibilidade às questões relativas à ST, facilitando o diálogo com gestores e o planejamento de ações voltadas à promoção do bem-estar dessa população. Contudo, a implementação dessas políticas ainda se encontra em processo de construção e enfrenta grandes desafios, especialmente nos dias atuais.

5. REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. Secretaria de Inspeção Do Trabalho. Portaria Nº 3.214, 08 de junho de 1978. Aprova as Normas Regulamentadoras – NR - do Capítulo V, Título II, da Consolidação das Leis do Trabalho, relativas a Segurança e Medicina do Trabalho. Diário Oficial da União, Brasília, 6 jul. 1978. Suplemento. Disponível em: http://www.ctpconsultoria.com.br/pdf/Portaria-3214-de-08-06-1978.pdf. Acesso em: 07 mai. 2020.

BRASIL. Ministério do Trabalho e do Emprego. Portaria nº 6, de 09 de março de 1983. Dispõe sobre a alteração das Normas Regulamentadoras NR 1, NR 2, NR 3 e NR 6, aprovadas pela Portaria 3.214, de 08 de junho de 1978, que passarão a vigorar com a redação dada por esta Portaria. Diário Oficial da União, Brasília, 14 mar. 1983, Seção 1, p. 4099-4104. Disponível em https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=181115. Acesso em: 07 mai. 2020.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 03 mai. 2020.

BRASIL. Lei Federal nº 8080, de 20 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Diário Oficial da União, Brasília, 20 set. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 05 mai. 2020.

BRASIL. Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre os planos de benefícios da Previdência Social e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, p. 14809, 1991. Disponível em: http://www.normaslegais.com.br/legislacao/trabalhista/lei8213.htm. Acesso em: 07 mai. 2020.

BRASIL. Decreto 3.048, de 06 de maio de 1999. Dispõe sobre a finalidade e dos princípios básicos da seguridade social. Diário Oficial da União, Brasília, 7 maio 1999. Disponível em: https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=53705. Acesso em: 07 mai. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 1.339, de 18 de novembro de 1999. Diário Oficial da União, Brasília, 18 nov. 1999. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1999/prt1339_18_11_1999.html>. Acesso em: 25 mar. 2020.

BRASIL. Portaria 1.679 de 19 de setembro de 2002 – Dispõe sobre a estruturação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador no SUS e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 20 set. 2002. Seção 1. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/comum/13614.html. Acesso em: 07 mai. 2020.

BRASIL. Portaria Nº 485 de 11 de novembro de 2005. Aprova a Norma Regulamentadora n.º 32: Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, 16 nov. 2005. Seção 1 Disponível em: https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/legislacao/item/portaria-n-485-de-11-de-novembro-de-2005. Acesso em: 07 mai. 2020.

BRASIL. Riscos Biológicos – Guia Técnico. Os riscos biológicos no âmbito da Norma Regulamentadora Nº. 32. 2008. Disponível em: http://www.trabalhoseguro.com/NR/nr32_riscos_biologicos.html. Acesso em: 07 mai. 2020.

BRASIL. Portaria 2.728/GM, de 11 de novembro de 2009. Dispõe sobre a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 23 fev. 2010. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/comum/5646.html. Acesso em: 07 mai. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. 3a. ed. Brasília: Ministério da Saúde, Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf. Acesso em: 07 mai. 2020.

BRASIL. Portaria GM n.º 1.748, de 30 de agosto de 2011. Dispõe sobre NR 32 - segurança e saúde no trabalho em serviços de saúde. Diário Oficial da União, Brasília, 31 ago. 2011, Seção 1, p. 143. Disponível em: https://www.anamt.org.br/portal/2011/03/03/portaria-no-1-748-de-30-de-agosto-de-2011/. Acesso em: 07 mai. 2020.

BRASIL. Decreto nº 7.602, de 7 de novembro de 2011. Dispõe sobre a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho – PNSST. Diário Oficial da União, Brasília, 7 set. 2011. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7602.htm>. Acesso em: 05 mai. 2020.

BRASIL. Portaria 1.823, de 23 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Diário Oficial da União, Brasília, 23 ago. 2012. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html>. Acesso em: 07 mai. 2020.

BRASIL. Portaria 2.728, de 11 de novembro de 2009. Dispõe sobre a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 11 nov. 2009. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2728_11_11_2009.html>. Acesso em: 08 mai. 2020.

BRASIL. Portaria nº 777, de 28 de abril de 2004. Dispõe sobre os procedimentos técnicos para a notificação compulsória de agravos à saúde do trabalhador em rede de serviços sentinela específica, no Sistema Único de Saúde – SUS. Diário Oficial da União, Brasília, 28 abr. 2004. Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt0777_28_04_2004.html>. Acesso em: 07 mai. 2020.

BRASIL. Medida Provisória nº 905, de 11 de novembro de 2019. Diário Oficial da União, Brasília, 11 de nov. 2019. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2019/Mpv/mpv905.htm>. Acesso em: 06 mai. 2020.

COSTA, D *et al.* Saúde do Trabalhador no SUS: desafios para uma política pública. Revista Brasileira de Saúde Ocupacional., v. 38, n. 127, 2013.

CUNHA, D.M. Trabalho, humana atividade. Cadernos de Psicologia Social do Trabalho, v. 16, p. 25, 2013.

GOMEZ, C.M *et al*. Saúde do trabalhador: aspectos históricos, avanços e desafios no Sistema Único de Saúde. Ciência & Saúde Coletiva, v. 23, 2018.

NEVES, D.R. *et al*. Sentido e significado do trabalho: uma análise dos artigos publicados em periódicos associados à Scientific Periodicals Electronic Library. Cadernos EBAPE.BR, v. 16, p. 318, 2018.

REDE NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO TRABALHADOR (RENAST). Manual de Gestão e Gerenciamento. São Paulo: hemeroteca sindical brasileira, 2006. 82 p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ManualRenast06.pdf>. Acesso em: 08 mai. 2020.

VAN DER LINDEN, M. História do trabalho: o velho, o novo e o Global. Revista Mundos do Trabalho, v. 1, p. 11, 2009.

VASCOCELLOS, L.C.F & AGUIAR, L. Saúde do Trabalhador: necessidades desconsideradas pela gestão do Sistema Único de Saúde. Saúde debate, v. 41, p. 605, 2017.

Capítulo 38

TOMADA DE DECISÃO EM CONTEXTO DE PANDEMIA: REFLEXÕES SOBRE A IMPORTÂNCIA DA BIOÉTICA COMO NORTEADORA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Brenda C M Sousa[1], Eloina L S Campelo[1], Francisco H M De Carvalho[1], Josias De M Xavier[2], Joyce Leal Barroso[3]

[1] Discente de Medicina, Universidade Federal do Piauí, Teresina/PI.
[2] Discente de Medicina, Faculdade Morgana Potrich, Mineiros/GO.
[3] Discente de Medicina, Centro Universitário UniFacid | Wyden, Teresina/PI.

Palavras-chave: *Tomada de decisões, bioética, pandemias.*

1. INTRODUÇÃO

Apesar das melhorias ocorridas mundialmente nas ferramentas e métodos utilizados em saúde pública, é notório que momentos de crise, como pandemias, constituem sérias ameaças ao equilíbrio dos sistemas de saúde, na medida em que geram demandas extraordinárias e sustentadas, excedendo a capacidade de atendimento dos serviços, tanto em relação aos insumos e tecnologias, quanto aos recursos humanos. (SATOMI *et al*., 2020).

Nesse contexto, os profissionais da saúde lidam com o imperativo moral de realizar, diariamente, escolhas de vida e de morte, com ética e sabedoria, condicionadas pela infraestrutura disponível e pelos protocolos de resposta a pandemias estabelecidos. Entretanto, nenhum país demonstrou possuir, até o presente momento, um sistema de resposta totalmente eficaz, mas dentre os modelos mais bem sucedidos destacam-se aqueles que seguiram os preceitos bioéticos de respeito à justiça e à dignidade humana (DEBRUIN *et al*., 2012).

Os profissionais de saúde são os primeiros a serem afetados pelas emergências em saúde pública, por estarem na linha de frente do cuidado, tendo a seu encargo o

processo decisório, sob condições de estresse físico e pressão social. Além disso, são desproporcionalmente mais afetados, durante pandemias, pela sua condição de trabalho, em relação à população em geral (PADOVEZE & ARAÚJO, 2017). O abandono e a minimização das políticas de amparo profissional agravam a situação (REGO & PALACIOS, 2020).

Por isso, a preparação antecipada é tão importante para otimizar a tomada de decisão: As regras éticas devem ser definidas e ensinadas previamente, de modo a complementar a ética individual dos médicos. Além disso, a consultoria e o suporte rápido podem diminuir o ônus e o estresse dos profissionais, evitando escolhas antiéticas. Também podem evitar danos ativos acidentais provocados por profissionais com treinamento inadequado. A preparação antecipada ainda permite que as instituições adaptem seus planos gerais com respeito às circunstâncias e culturas locais, pois permite a coordenação entre centros, organizações e jurisdições, aumentando a eficiência das respostas à crise (CIOTTONE *et al*., 2015).

Desse modo, o principal objetivo deste capítulo é oferecer um direcionamento para embasar a tomada de decisão dos diversos profissionais que atuam na saúde, conforme os conceitos da bioética principialista e da ética das virtudes, constituindo uma fonte de orientação em momentos de crise. Acreditamos que o conhecimento científico e o debate ético devem ocorrer em caráter ininterrupto, preparando continuamente os profissionais para enfrentar períodos de instabilidade no sistemas de saúde, ao apoiar e fomentar o desenvolvimento de programas de treinamento profissional, de redes de apoio, de sistemas de comunicação, de cadeias de comando, de diretrizes e de estruturas legais prontamente mobilizáveis para obtenção de uma resposta eficaz e coordenada (TEMPORÃO, 2009).

O estudo formal da bioética aplicada à medicina, iniciado na década de 1970, tem demonstrado que parece não haver uma corrente única de pensamento, que responda todos os questionamentos e dilemas médicos. De fato, o debate moral, na atualidade, caracteriza-se pela pluralidade de valores e princípios e pelo retorno à Ética Aristotélica, pois, mais importante do que saber como agir em cada situação, é saber como formar o próprio caráter, tornando-se, a partir disso, um ser capaz de tomar decisões de forma sábia e prudente.

Segundo Beauchamp *et al*. (2001), decisões práticas cotidianas ou discussões de casos dilemáticos devem pautar-se no respeito a quatro princípios *prima facie*: Beneficência, não-maleficência, autonomia e justiça. Autonomia é definida como a

necessidade de respeitar a capacidade das pessoas autônomas de tomar suas próprias decisões, sendo fundamental ausência de interferências externas e limitações pessoais, como a incompreensão da intenção.

Não-Maleficência vem do termo hipocrático *primum non nocere* (primeiro não causar mal) e refere-se à obrigação de evitar causar danos e prejuízos intencionalmente, sendo a relação médico-paciente a ponte entre os procedimentos e as explicações, evitando acrescentar danos aos da doença em si. Beneficência constitui a ação realizada em benefício de outros, como uma manifestação da benevolência, considerando riscos e custos. Justiça é entendida como a expressão da distribuição justa, equitativa e apropriada na sociedade, de acordo com normas que estruturam os termos da cooperação social, ao distinguir e distribuir os riscos e os custos de forma justa (REIS *et al*., 2012).

Esses conceitos são abordados no principialismo como uma obrigação que se deve cumprir, até que exista um conflito que leve o agente a refletir e equilibrar o certo e o errado. Essa teoria surgiu a partir de uma releitura deontológica da ética kantiana. No entanto, princípios fixos e rígidos, que não admitem exceções ou casos particulares, limitam o alcance e a profundidade das decisões (PASTURA & LAND, 2016).

Assim surge a ética das virtudes, como uma proposta aos desafios de conduta e tomada de decisão em medicina. Soluções para dilemas não estão em regras ou princípios conflitivos, mas no exercício das virtudes no julgamento das situações. Para tanto, a responsabilidade do profissional está na formação do próprio caráter, diante das necessidades da profissão e de seus fins, que, na medicina, consistem na saúde do paciente. A ética das virtudes reconhece que o paciente e o profissional estão inseridos em comunidades, tradições e culturas, respeitando valores e virtudes. A prudência, então, cerne da virtude moral, constitui uma forma prática de sabedoria, pois propõe uma análise cuidadosa das circunstâncias, a fim de obter o melhor resultado. Em conclusão, a escolha correta na medicina depende das considerações de cada caso particular (PASTURA & LAND, 2016).

2. MÉTODO

2.1. Características do estudo

O estudo base deste capítulo consiste em uma revisão sistemática quali-quantitativa da literatura, produzida nos últimos 10 anos, sobre o papel da bioética

como norteadora do processo de tomada de decisões dos profissionais de saúde, em contexto de pandemia. Por sintetizar estudos semelhantes e de boa qualidade, a revisão sistemática é considerada o melhor nível de evidência para tomadas de decisões em questões sobre terapêutica.

2.2. Extração e seleção dos dados

O método de extração dos dados baseou-se na obtenção de artigos, a partir das plataformas *PubMed*, *SciELO*, *BVsalud*, utilizando como descritores: Tomada de decisões; bioética; pandemias. Inicialmente, os descritores selecionaram, no total, 103 artigos, nas línguas inglesa, espanhola, italiana e portuguesa. Após a extração, os estudos selecionados foram submetidos ao segundo procedimento de triagem, que consistiu na leitura sistemática em busca da identificação, ao longo dos textos, de pelo menos um dos conceitos *prima facie*, representados pela autonomia, beneficência, justiça e não-maleficência.

Em seguida, os artigos foram estratificados em categorias correspondentes aos princípios. Os estudos que revelaram obedecer a mais de um princípio simultaneamente, foram alocados repetidamente dentro das categorias que os contemplaram. Aqueles que não apresentaram nenhum dos princípios citados foram excluídos da amostra. Ao final do processo de seleção dos dados, restaram, a partir da amostra total, 61 artigos, os quais consistem em orientações ao processo decisório, em contexto de pandemia, e atenderam ao critério de inclusão. A amostra final foi submetida à análise estatística.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

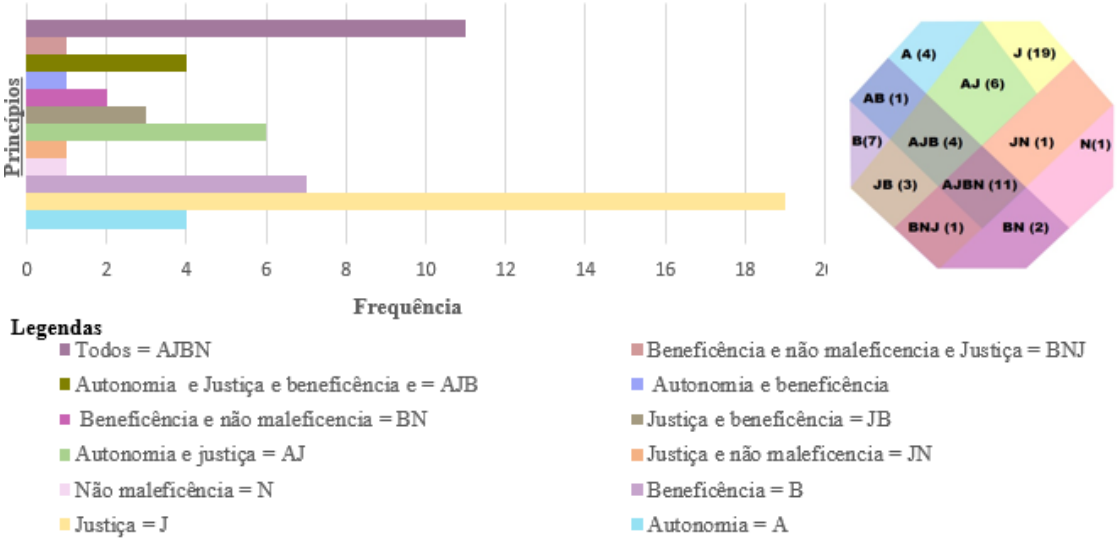
3.1. Resultados quali-quantitativos

O processo analítico quali-quantitativo permite a articulação entre um conjunto de dados objetivos e as relações, atos e estruturas sociais, atuando de forma complementar, a fim de gerar conhecimento científico (PASCHOARELLI *et al*., 2015). Neste estudo, a amostra total de artigos obtida pela pesquisa direta dos descritores, nos bancos de dados selecionados, foi refinada pela busca ativa dos termos

e/ou conceitos descritos no modelo ético de Beauchamp *et al*. (2001), de modo que, do total de 103 artigos coletados, 58.25% demonstrou a presença de pelo menos um dos princípios *prima facie*. Logo, o estudo revela que parte majoritária da literatura científica, produzida acerca do processo de tomada de decisões, em contexto de pandemia, orienta sua discussão respeitando os princípios éticos básicos.

Os artigos que atenderam ao critério de inclusão foram estratificados, de acordo com o princípio (s) que contemplavam, conforme o Gráfico 1.

Figura 1. Distribuição dos princípios prima facie na literatura científica sobre o processo de tomada de decisão para profissionais de saúde, de 2010 a 2020



Fonte: Dados extraídos das bases de dados SciELO, LILACS e MEDLINE, entre 2010 e 2020.

O gráfico mostra a distribuição dos 60 artigos selecionados em doze categorias, conforme o princípio que apresentavam, de forma isolada ou combinada com outros. Assim, 31 estudos (51.7%) corresponderam a um único princípio, de modo que 19 (31.7%) atenderam à justiça, 7 (11.7%) à beneficência, quatro (6.7%) à autonomia e apenas um (1.7%) à não-maleficência. Outrossim, 13 artigos contemplaram simultaneamente 2 princípios, sendo seis (10.0%) deles pertencentes à justiça e autonomia, três (5.0%) à justiça e beneficência, dois (3.3%) não-maleficência e beneficência, um (1.7%) à beneficência e autonomia, um (1.7%) justiça e não-maleficência. Além disso, cinco trabalhos revelaram apresentar concomitantemente três princípios, dos quais quatro (6.7%) se referiram à justiça, beneficência e autonomia

e um (1.7%) à justiça, beneficência e não-maleficência. Por fim, 11 (18.3%) artigos demonstraram presença dos quatro princípios *prima facie* ao mesmo tempo.

Por conseguinte, a análise dos dados revelou presença mais consolidada dos termos e significados relacionados aos princípios da justiça, autonomia e beneficência, cuja presença, de forma isolada e combinada, totaliza 73.3% dos artigos contidos na amostra. Entretanto, a pesquisa também demonstrou reduzida incidência do princípio da não-maleficência, já que o princípio ocorreu, de forma isolada e combinada, em menos de 27% dos artigos estudados.

Fica evidente, portanto, a necessidade de aprofundar as discussões sobre o princípio da não-maleficência, na medida em que sua expressão frágil no estudo parece sugerir dificuldades em fazer escolhas relacionadas à suspensão da terapêutica e das intervenções clínicas e à ponderação pelas medidas de cuidado paliativo, aumentando, assim, a incidência de casos de obstinação terapêutica e distanásia, com prejuízo, dor e sofrimento ao paciente.

3.2. Discussão

O Estado Brasileiro fundamenta-se no princípio do respeito à dignidade da pessoa humana (Art. 1º, III Constituição Federal de 1988), cujo dever jurídico se materializa na alocação justa de recursos, obedecendo ao princípio da solidariedade (Art. 3º, I) e da não discriminação, quaisquer que sejam a origem, raça, sexo, cor, idade e outros aspectos do indivíduo. Nesse contexto, o peso das decisões sobre a alocação dos recursos disponíveis não deve recair sobre os profissionais que estão na chamada "linha de frente", já sobrecarregados pelo cenário de pandemia, sob o risco de ocorrerem falhas no cuidado e de acarretarem a exaustão física e mental, com consequente adoecimento profissional. A integridade dos profissionais de saúde deve ser protegida, uma vez que eles são fundamentais ao enfrentamento da questão (SATOMI *et al*., 2020).

Ainda que atenda aos princípios éticos defendidos por Beauchamp *et al*. (2001), não há um modelo prático que responda a todos os dilemas e respalde todas as decisões médicas, diante de cenários pandêmicos. No entanto, se reitera a importância do planejamento antecipado, desenvolvendo protocolos de enfrentamento às crises coletivas, que assegurem o direito à triagem, com critérios objetivos, justos e transparentes, além do acesso a informações adequadas sobre seu estado de saúde. As

condições do sistema de atendimento devem ser otimizadas, por meio do treinamento e capacitação profissional para uma resposta coordenada, embasado em diretrizes científicas consolidadas. Além disso, deve haver o estabelecimento de estruturas legais para respaldar atuação profissional e o fomento à infraestrutura de pontos estratégicos da rede de saúde para oferecer assistência a pacientes graves (CIOTTONE *et al*., 2015). Este capítulo fornece, a seguir, uma orientação sobre a tomada de decisões para profissionais de saúde, atuantes em contextos de pandemia, respeitando os princípios éticos e a dignidade humana.

3.2.1. Justiça: equidade na alocação de recursos

Alocar recursos físicos e humanos, requeridos em grande escala em situação de pandemia, objetiva assegurar o acesso à saúde de forma equitativa, ao evitar a saturação dos serviços de saúde. O respeito ao princípio da justiça reside no dever do cuidado, pela prestação de assistência adequada a cada grupo de pacientes, aliviando o sofrimento humano de forma indistinta e livre de julgamentos (SATOMI *et al*., 2020).

O dever de gerenciar os recursos e de equilibrar igualdade e equidade na sua distribuição deve ocorrer por meio de protocolos e rotinas de atendimento, com critérios bem definidos e apoiados em evidências científicas sólidas, discutidos entre gestores, profissionais de saúde e a sociedade, e instituídos com transparência e adequação técnica. É de suma importância que esses critérios possam ser revistos e readequados, em curto período de tempo, conforme a efetividade das medidas e a evolução dos conhecimentos científicos disponíveis sobre a doença. A Tabela 1 descreve alguns valores fundamentais a serem considerados na construção dos protocolos de alocação de recursos, obedecendo ao princípio da justiça.

Tabela 1. Critérios fundamentais a serem considerados na construção de protocolos de alocação de recursos

Critérios	Descrição
Não-Discriminação	Acesso à saúde sem discriminação, com base no sexo, cor da pele, religião, filiação política, origem e status econômico e social é um direito individual e um dever coletivo.
Valor Instrumental	Priorizar prevenção, atendimento e tratamento de profissionais de saúde, com vistas à recuperação e retorno da capacidade de trabalho no enfrentamento da crise.

Salvabilidade	Prioridade no atendimento, triada segundo escalas de fragilidade clínica (física, cognitiva e funcional), que refletem comorbidades e reserva fisiológica, podendo ser aplicada a todos os indivíduos adultos, independentemente da idade ou da doença de base. Pacientes com melhor prognóstico são atendidos primeiro.
Não Prioridade Por Doença	Pacientes portadores de outras doenças, que não a doença pandêmica, devem ser triados pelos mesmos critérios de prioridade de atendimento, ou seja, conforme o prognóstico clínico.
Oferta De Cuidados Paliativos	Pacientes que não preencherem critérios de admissão em UTIs devido ao quadro grave, com baixa possibilidade de resposta aos tratamentos disponíveis, devem receber controle de sintomas e suporte psicossocial em enfermaria.

Legenda: Unidade de Terapia Intensiva (UTI). **Fonte:** GOLDIM, 2009 e SATOMI *et al*., 2020.

3.2.2. Beneficência: protocolos de triagem

O princípio da beneficência busca garantir a maximização dos benefícios globais na alocação e na utilização de recursos, estando, desse modo, intimamente relacionada ao cumprimento da justiça distributiva. É imprescindível priorizar o benefício máximo de todos os pacientes e do maior número possível de pessoas, reconhecendo que nem todos se beneficiarão ou necessitarão da utilização de todos os recursos e, logo, cada recurso deve ser direcionado àqueles que realmente podem se beneficiar de seu uso, segundo as evidências clínicas disponíveis (SATOMI *et al*., 2020).

Também é fundamental identificar e priorizar os pacientes que podem se recuperar utilizando os escassos recursos, antes daqueles que provavelmente vão se recuperar sem a necessidade do uso desses recursos específicos e daqueles cuja recuperação mostra-se improvável, mesmo que submetidos ao tratamento intensivo. Nesse caso, a formação de um comitê de triagem durante a pandemia, com caráter neutro e imparcial, deve compartilhar, com a equipe responsável pelo paciente, as decisões relativas ao início, continuação ou interrupção das medidas de suporte de vida (RUBIO, 2020).

No lugar dos critérios habituais de prioridade no atendimento (ordem de chegada e gravidade do quadro), a triagem deve ser feita segundo o critério de salvabilidade, utilizado em situações de guerra, exigindo, assim, o treinamento e capacitação de toda a equipe médica. A tomada de decisão baseada no modelo clínico de triagem deve obedecer a seis parâmetros fundamentais: (1) Aplicação consistente das diretrizes científicas no tratamento dos casos semelhantes; (2) Imparcialidade e neutralidade dos tomadores de decisão; (3) Incorporação dos critérios mais atualizados

disponíveis sobre a doença; (4) Respeito e dignidade no tratamento de todos os pacientes; (5) Transparência nos critérios e diretrizes empregados; (6) Revisão constante e adaptação dinâmica, conforme novas informações ou tecnologias disponíveis (LIN & ANDERSON-SHAW, 2009).

Um protocolo de triagem pandêmica deve possuir estratégia de ação objetiva, que atenda simultaneamente a necessidade de salvar o maior número de vidas possível, garantindo o melhor prognóstico a curto e a longo prazo. Com esse objetivo, as escalas de WHITE *et al*. (2009), ROCKWOOD *et al.* (2005) e QALY são frequentemente utilizadas em associação, resultando na priorização do atendimento de pacientes com melhor prognóstico clínico. Em idosos, a sobrevida livre de incapacidade deve ser considerada acima da sobrevida isolada e a idade não deve ser critério decisivo no processo de triagem (ESPINOSA *et al.*, 2020).

O processo de triagem também está profundamente sujeito ao grau de disponibilidade dos recursos. Uma crise pandêmica é classificada em três níveis, sendo o nível 3 a situação crítica em que a demanda por cuidados intensivos e recursos superou a capacidade de atendimento do sistema de saúde. Nesse caso, além da triagem utilizando os escores objetivos, o paciente também é submetido a critérios de inclusão e exclusão, no intuito de avaliar a necessidade e benefício do tratamento, de acordo com a gravidade e instabilidade do quadro e com a chance de recuperação (ESPINOSA *et al*., 2020).

Ainda respeitando o princípio da beneficência, os pacientes que foram triados como baixa prioridade, que não foram selecionados para receber o suporte intensivo, devem imediatamente ser cuidados sob técnicas médicas paliativas para aliviar o sofrimento e garantir o processo de morte com dignidade. A prestação de cuidados paliativos é especialmente crítica para pacientes idosos com déficits funcionais e/ ou cognitivos, em virtude da vulnerabilidade de seus quadros. Por fim, é importante fornecer treinamento em cuidados paliativos à equipe de assistência domiciliar, além de fornecer suporte à família e aos outros prestadores de cuidados informais (CLARFIELD *et al.*, 2020).

3.2.3. Não-Maleficência: combate à distanásia

No contexto de pandemia, o respeito ao princípio reside em evitar a adoção de medidas terapêuticas obstinadas, que venham a contribuir com o prolongamento do

processo de morte de pacientes internados em UTIs, quando esta for inevitável. A importância de evitar-se a obstinação terapêutica reside também no reconhecimento de que não é apenas o paciente cuja morte está sendo prolongada, que não colhe benefícios. O mau uso de leitos de UTI com processos distanásicos pode contribuir para a acentuação da condição de esgotamento de recursos. Diretrizes e associações recomendam que os protocolos de triagem incluam a reavaliação da evolução clínica dos pacientes internados em UTI, de maneira a evitar a distanásia naqueles pacientes que não conseguiram obter a recuperação. Diante da proximidade da morte inevitável, o paciente deve receber assistência integral de cuidados paliativos (KRETZER *et al.*, 2020).

No caso de pacientes triados como baixa prioridade para cuidados intensivos, não ter acesso aos recursos de saúde escassos não pode significar sofrimento ao longo do processo de adoecimento pois, até o processo de decisão sobre os usos de recursos, deve possuir viés paliativo. Por isso, todas as decisões devem possuir uma equipe multidisciplinar mínima de três profissionais (sendo dois médicos) e todas as ações decisivas devem ser escritas em prontuários (SATOMI *et al*., 2020).

O processo de morrer deve ser minimamente doloroso, com a garantia de acesso a equipamentos, medicamentos, suporte psicológico e presença da família, mesmo feita utilizando aparelhos digitais, em casos de obrigatoriedade do isolamento, pelo risco de contágio familiar (KRETZER *et al*., 2020). Todas essas prerrogativas visam garantir a saúde e todo e qualquer processo terapêutico deve ter consentimento do paciente e/ou dos familiares, respeitando o Código de Ética Médica (CEM) que proíbe a prática da distanásia e da eutanásia (Art. 41º, Código de Ética Médica, 2018).

3.2.4. Autonomia

Esse princípio requer indivíduos capacitados para refletirem e decidirem sobre quais procedimentos diagnósticos e terapêuticos serão efetivados com relação a sua saúde, de modo que suas escolhas pessoais sejam tratadas com respeito (ROSAS *et al.*, 2004). As expectativas e desejos de cada paciente são extremamente peculiares e podem variar de acordo com características familiares, culturais, sociais e religiosas (UGARTE, 2014).

As pessoas têm o direito de decidir sobre as questões relacionadas ao seu corpo e à sua vida e para que exista uma ação autônoma é necessário a existência de

alternativas de ação, pois se existe apenas uma única opção, não há propriamente o exercício da autonomia (MUÑOZ,1998). Quaisquer atos médicos devem ser autorizados pelo paciente e os desejos de cuidados a serem recebidos devem ser preferencialmente escritos e documentados (obedecendo a legislação de cada país), como a declaração prévia de vontade para o fim da vida, muito resolutiva em casos de pacientes comatosos, em que a inconsciência poderia representar um grave obstáculo à autonomia do paciente e à concretização de medidas de cuidado paliativo (CLARFIELD, 2020).

É dever do médico observar a vulnerabilidade do paciente, explicar o que está acontecendo e todos os tipos de tratamento possíveis para o caso, solicitando a escolha do atendido e respeitando suas opiniões. No caso de pacientes intelectualmente deficientes e de crianças, o princípio da autonomia deve ser exercido pela família ou responsável legal (ROSAS *et al*., 2004)

3.2.5. Rigor científico e comunicação: desafios na pandemia da Sars-Cov-2

As decisões e condutas de saúde devem sempre embasar-se na melhor evidência científica disponível, priorizando estudos sólidos e com nível elevado de confiabilidade, como metanálises e estudos duplo-cegos randomizados. Além disso, os protocolos de atendimento em situações de crise devem ser constantemente revisados e reavaliados, conforme os conhecimentos e as tecnologias sobre a doença evoluem e as evidências científicas tornem-se progressivamente mais robustas, diante do cenário inicialmente desconhecido e imprevisível.

Nesse contexto, a população dispõe de uma fonte inesgotável de acesso às informações, seja pela internet, seja por veículos tradicionais, de modo que a transmissão das informações é praticamente instantânea. Esses veículos são essenciais para a difusão de informações na área da saúde, sobretudo, em cenários de pandemia, quando disseminam medidas de higiene e isolamento social, as quais ajudam a reduzir o número de infecções e a tranquilizar a população, evitando pânico coletivo (GARBIN *et al*., 2008).

Todavia, caso não haja coordenação adequada entre as autoridades sanitárias (local, regional e nacional), o resultado pode ser uma profusão de informações incorretas e uma sobrecarga da população com diversos conteúdos sobre a pandemia,

deteriorando a qualidade de vida, a saúde mental e a confiança nas instituições e meios de comunicação. Logo, é necessária intervenção adequada de governos, organizações da sociedade civil e da mídia, pois a cooperação mobiliza digitalmente a população, bem como a presença ativa de autoridades de saúde, na medida em que proporciona confiabilidade e posicionamento para orientar fontes oficiais e filtrar dados imprecisos, rumores e teorias de conspiração, que geram confusão e desconfiança na população (URBINA-MEDINA *et al*., 2016).

O livre acesso às informações também pode ser problemático, pois o cidadão que não possui conhecimento prévio a respeito do assunto pode apresentar dificuldades de distinguir o certo do enganoso ou de interpretar criticamente os resultados de estudos, muitas vezes anunciados pela mídia de forma tendenciosa. Além disso, pode haver o estímulo à automedicação, consoante a extrema dificuldade encontrada por pacientes leigos com a linguagem médica e com a incerteza advinda da multiplicidade de informações (CASTIEL *et al*., 2003).

A atual pandemia de Sars-Cov-2 tem acontecido em um momento de forte resistência ao conhecimento científico. Na sociedade brasileira polarizada, notícias falsas e teorias da conspiração se propagam rapidamente pelas redes sociais e a ciência tornou-se alvo frequente de ataques que reverberam em grupos com crenças ou interesses políticos ou econômicos contrariados ou simplesmente com baixo letramento. Os efeitos desse fenômeno estão descritos no estudo *Wellcome Global Monitor* (2018), o qual relata que 73% dos brasileiros desconfiam da ciência e 23% consideram que a produção científica pouco contribui para o desenvolvimento econômico e social do país. O trabalho ainda apontou que o engajamento dos brasileiros em relação à ciência é influenciado por crenças religiosas.

A incredulidade tem sido claramente percebida em relação aos testes clínicos e protocolos estabelecidos durante a atual pandemia. Não se trata apenas de um movimento de negação de consensos científicos, mas de uma crise de legitimidade, em que as pessoas desconfiam da ciência assim como desconfiam de outras estruturas de poder, como o governo, o sistema judiciário e a imprensa. A ideia de que a ciência pode ser movida por interesses privados também ganhou força, percepção que vem acompanhada de um claro desconhecimento de conceitos básicos sobre o que é a ciência e como ela funciona.

Diante desse cenário, a Organização Mundial de Saúde (OMS) estabeleceu princípios para o planejamento da comunicação de surtos. Dentre eles, estão a

transparência, cujo objetivo é o fornecimento de informações claras, fáceis de entender, completas e inspiradas em fatos, de modo que ganhem a confiança do público, e a comunicação, que visa compreender o que a população pensa e deseja, sendo consideradas convicções e crenças. A transparência da informação e da comunicação é um princípio bioético que permite à população exercer autonomia (URBINA-MEDINA *et al.*, 2016).

Aliada à transparência, a transmissão da comunicação efetiva, direcionada e embasada, garante eficiência pela demonstração da comprovação científica à sociedade. Frente ao COVID-19, a Atenção Primária à Saúde (APS) estabelece estratégias para fortalecimento local. Equipes multidisciplinares dedicam-se a coordenação e comunicação do cuidado, por meio de ações instituídas para a população e comunidades, buscando reduzir encaminhamentos desnecessários a prontos-socorros e hospitais públicos e privados, bem como a introdução do uso de tecnologias de informação e comunicação (TIC), com a finalidade de reforçar as estratégias de prevenção ao Coronavírus, bem como manter o acompanhamento longitudinal da população sob cuidado (HARZHEIM *et al.*, 2020).

4. CONCLUSÃO

Os princípios da justiça, autonomia e beneficência mostraram-se bastante prevalentes em artigos científicos, utilizados como respaldo e orientação para os processos de tomada de decisões dos profissionais de saúde, atuando em condições críticas, como pandemias. Entretanto, os resultados ressaltaram também a necessidade de aprofundar as discussões e a produção científica sobre o princípio da não-maleficência, na medida em que sua expressão frágil no estudo parece sugerir dificuldades em fazer escolhas relacionadas à suspensão da terapêutica e das intervenções clínicas e à ponderação pelas medidas de cuidado paliativo, aumentando, assim, a incidência de casos de obstinação terapêutica e distanásia, com prejuízo, dor e sofrimento ao paciente.

De modo a enfrentar a crise e nortear as decisões dos profissionais de saúde, a bioética deve ser utilizada como instrumento de garantia da justiça, por meio do gerenciamento de recursos com igualdade e equidade, utilizando protocolos e rotinas de atendimento com critérios bem definidos, de forma transparente e colaborativa.

Entrelaçada à justiça, a beneficência busca direcionar os recursos para os pacientes que realmente se beneficiem com o uso, de forma objetiva e não discriminatória.

Por sua vez, o princípio da não-maleficência veta a utilização de medidas terapêuticas obstinadas, que façam mal ao indivíduo, bem como a toda sociedade. E a autonomia assegura o poder de escolha e o respeito à dignidade humana. Somado aos princípios bioéticos, o acesso à informação deve ocorrer de forma imparcial e transparente, prezando pela moderação e veracidade do conteúdo.

5. REFERÊNCIAS

BEAUCHAMP, T.L. *et al*., Principles of biomedical ethics. Oxford University Press, USA, 2001.

CASTIEL, L.D. & VASCONCELLOS-SILVA, P.R. A interface internet/s@úde: perspectivas e desafios. Interface-Comunicação, Saúde, Educação, v. 7, p. 47, 2003.

CIOTTONE, G.R. *et al*., (Ed.). Ciottone's disaster medicine. Elsevier Health Sciences, 2015.

CLARFIELD, A.M. *et al*. Israel ad hoc COVID 19 committee. Guidelines for care of older persons during a pandemic. Journal of the American Geriatrics Society, v. 0, p. 1, 2020.

DEBRUIN, D. *et al.* Social justice in pandemic preparedness. American journal of public health, v. 102, p. 5861, 2012.

ESPINOSA, E. *et al.* Marco ético da pandemia de COVID 19. Sociedad Espanola de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor. 2020. Disponível em: http://umucebes.es/wp-content/uploads/2020/03/Marco_etico_coronavirus.pdf. Acesso em: 23 mai. 2020.

GARBIN, H.B.R. A internet, o paciente expert e a prática médica: uma análise bibliográfica. Interface, v. 12, p. 579, 2008.

GOLDIM, J.R. Bioética e pandemia de influenza. Revista HCPA, v. 29, p. 161, 2009.

HARZHEIM *et al.* Ações federais para apoio e fortalecimento local no combate ao COVID-19: A atenção primária à saúde (APS) no assento do condutor. Ciência e Saúde Coletivo, abr. 2020. Disponível em: http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/acoes-federais-para-apoio-e-fortalecimento-local-no-combate-ao-covid19-a-atencao-primaria-a-saude-aps-no-assento-do-condutor/17566?id=17566. Acesso em: 22 mai. 2020.

KRETZER, L. *et al*. Recomendações da AMIB (Associação de Medicina Intensiva Brasileira), ABRAMEDE (Associação Brasileira de Medicina de Emergência, SBGG (Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia) e ANCP (Academia Nacional de Cuidados Paliativos) de alocação de recursos em esgotamento durante a pandemia por COVID-19. Disponível em: https://coronavirus.ceara.gov.br/wp-content/uploads/2020/04/Protocolo_AMIB_de_alocacao_de_recursos_em_esgotamento_durante_a_pandemia_por_COVID-19.pdf. Acesso em: 25 mai. 2020.

LIN, J.Y. & ANDERSON-SHAW, L. Rationing of resources: ethical issues in disasters and epidemic situations. Prehospital and disaster medicine, v. 24, p. 215, 2009.

MUÑOZ, D. & FORTES, P. O Princípio da Autonomia e o consentimento livre e esclarecido. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1998. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/biblioteca_virtual/bioetica/ParteIIautonomia.htm. Acesso em: 27 mai. 2020.

PADOVEZE, M.C. & ARAUJO, N.V.D.A.L. Reflections on collective versus individual rights related to communicable diseases. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 51, e03220, 2017.

PASCHOARELLI, L.C. *et al*. Características Qualitativas, Quantitativas e Quali-quantitativas de abordagens científicas: estudos de caso na subárea do Design Ergonômico. Revista de Design, Tecnologia e Sociedade, v. 2, p. 65, 2015.

PASTURA, P. & LAND, M. A perspectiva da ética das virtudes para o processo de tomada de decisão médica. Revista Bioética, v. 24 p. 243, 2016.

Centro de Bioética do CREMESP. Principialismo. Disponível em: <http://www.bioetica.org.br/?siteAcao=BioeticaParaIniciantes&id=25>. Acesso em: 22 mai. 2020.

REIS, H.T.S. *et al.* A ética principialista como modelo na assistência à saúde humana. Manual de Bioética. I – Fundamentos e Ética Biomédica. São Paulo, v. 1, p. 201, 2012.

REGO, S. & PALACIOS, M. Algumas Lições que já devemos tentar aprender com a pandemia. Disponível em: http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/arquivos/anexos/1707b33376ce45471132c6ca4722f206a7f747ec.PDF. Acesso em: 22 mai. 2020.

ROCKWOOD, K. *et al*. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. Canadian Medical Association Journal, v. 173, p. 489, 2005.

ROSAS, C. *et al*. Cadernos Cremesp - Ética em ginecologia e obstetrícia. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 3ª ed, 141 p., 2014.

RUBIO, O. *et al*., Recomendaciones éticas para la toma de decisiones difíciles en las unidades de cuidados intensivos ante la situación excepcional de crisis por la pandemia por covid-19: revisión rápida y consenso de expertos. Medicina Intensiva, 2020. Disponível em: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0210569120301108. Acesso em: 22 mai. 2020.

SATOMI, E. *et al*, Alocação justa de recursos de saúde escassos diante da pandemia de COVID-19: considerações éticas. Einstein, v. 18, eAE5775, 2020.

TEMPORÃO, J.G. O enfrentamento do Brasil diante do risco de uma pandemia de influenza pelo vírus A (H1N1). Epidemiologia e Serviços de Saúde, v. 18, p. 201, 2009.

UGARTE, O. & ACIOLY, M. O Princípio da autonomia no Brasil: discutir é preciso. Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões. v. 41 p. 274, 2014.

URBINA-MEDINA, H. *et al*. Comunicación efectiva y ética en casos de epidemias y pandemias. Archivos Venezolanos de Puericultura y Pediatría, v. 79, p. 113, 2016.

WELLCOME, Global Monitor. How does the world feel about science and health. 2018. Disponível em <https://wellcome.ac.uk/reports/wellcome-global-monitor/2018>. Acesso em: 27 mai. 2020.

WHITE, D.B. *et al.* Quem deve receber suporte de vida durante uma emergência de saúde pública? Usando princípios éticos para melhorar as decisões de alocação. Annals of Internal Medicine, v. 150, p. 132, 2009.

Capítulo 39

A ESCOLHA DA GESTANTE SOBRE O TIPO DE PARTO

Amanda M S N Bacelar[1], Natália S Cabral[1], Vânia M A de Sousa[2]

[1] Discente de Enfermagem do Centro Universitário Santo Agostinho.
[2] Mestra em Saúde da Criança e do Adolescente pela Universidade Estadual do Ceará, Docente do Curso de Enfermagem do Centro Universitário Santo Agostinho.

Palavras-chave: *Parto normal, cesárea, cuidado pré-natal.*

1. INTRODUÇÃO

A gravidez representa o período de formação de um novo ser, que se inicia desde a concepção e se estende por um período de 40 semanas, terminando com o parto. Durante esse período ocorrem modificações no estilo de vida, transformando não apenas a vida pessoal, mas também a vida do casal e de toda a família, onde se vivencia uma fase de preparação física e psicológica para o nascimento (COUTINHO *et al.*, 2014).

O período gravídico-puerperal é uma experiência especial na vida de uma mulher e se manifesta em várias dimensões. Além das alterações já mencionadas (de ordem biológica e psicológica), a gestação acarreta também em mudanças na forma como a mulher se insere na sociedade a partir do momento em que assume sua nova posição como mãe, ocasionando também transformações na sua autoimagem e na identidade social e feminina (FRANCISQUINI *et al*., 2010).

Durante esse período é comum a mulher ter dúvidas, e a consulta do pré-natal é um momento de preparação física e psicológica para o parto e para a maternidade, devendo proporcionar um intenso aprendizado e uma oportunidade para os profissionais da equipe de saúde passarem as orientações necessárias ao decorrer da gestação. Tendo como objetivo estabelecer confiança e segurança entre a gestante e o profissional que a acompanhará durante esse processo (MELO *et al*., 2014).

Historicamente o processo de nascimento é um evento muito natural, mas que envolve muitos fatores que vão desde os culturais, até os sociais e que transformam a decisão pela via

de parto num momento cheio de influências. Ao longo do tempo a assistência ao parto tornou-se cada vez mais medicalizada, o que contribuiu muito para a perda do protagonismo e autonomia da mulher durante esse momento tão significante (KOTTWITZ *et al*., 2018).

Antigamente o parto era responsabilidade feminina, sendo uma atividade atribuída às parteiras, que embora não possuíssem embasamento científico, utilizavam de suas experiências para realizá-lo. Com o avanço da medicina surgiram novas perspectivas em relação à assistência ao parto, o que culminou na hospitalização, medicalização e controle desse processo. Esse modelo assistencial ocasionou a vivência do parto como um evento muitas vezes doloroso e com intenso sofrimento emocional, físico e moral, acarretando na maioria das vezes em práticas e intervenções que poderiam ser evitadas (POSSATI *et al*., 2017).

A experiência de parturição sempre representou um grande momento na vida das mulheres e constitui um evento transformador, não só pessoal, mas social. Na antiguidade o parto era um processo baseado em experiências empíricas que foram evoluindo com o passar dos tempos, e que com a influência da tecnologia no método de assistência ao cuidar sofreu várias mudanças na forma como se realiza.

A via de parto é uma escolha influenciada por diversos fatores, como aspectos culturais, sociais, familiares, custo benefício e repercussões futuras. Por isso, as mulheres devem receber orientações concisas para que possam exercer o direito de livre escolha e garantir maior satisfação a suas necessidades durante esse período tão esperado. Muitas mulheres têm medo de parirem por via vaginal e esse medo deve-se principalmente por temerem os aspectos negativos, como a dor, lacerações perineais, e outras consequências que podem advir dessa via de parto.

A saúde da mulher tem sido um tema em pauta atualmente principalmente nas questões que se referem a área de obstetrícia. No Brasil, há investimentos constantes no que diz respeito a elaboração de políticas públicas, informativos e incentivos para que aspectos como a naturalização e humanização do parto sejam cada vez mais difundidos entre profissionais da saúde e entre as mulheres que desejam se tornar mãe (ROVERI & FONSECA, 2016).

No Brasil o índice de parto por via cesárea sem indicativa justificável ainda é acima do recomendado pela Organização Mundial de Saúde, apesar de todos os esforços do Ministério da Saúde para o aumento dos partos normais no país.

Diante da necessidade de se investigar os fatores que contribuem para essa realidade, o objetivo desse estudo foi: analisar a produção científica acerca da preferência das gestantes sobre o tipo de parto.

2. MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa referente à temática proposta com caráter descritivo. A pesquisa integrativa, de acordo com Mendes, Silveira e Galvão (2008) é um método de pesquisa utilizada na prática, baseada em evidência que permite a incorporação das evidências na prática clínica. Este método tem a finalidade de reunir e sintetizar resultados de pesquisas sobre um delimitado tema ou questão de maneira sistemática e ordenada, contribuindo para o aprofundamento do conhecimento investigado.

Segundo Gil (2008), as pesquisas descritivas têm como objetivo primordial a descrição das características de uma determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis. Juntamente com as exploratórias, as pesquisas descritivas são as que habitualmente realizam os pesquisadores sociais preocupados com a atuação prática, portanto, o estudo descritivo e exploratório visa a aproximação e familiaridade com o fenômeno-objeto da pesquisa, descrição de suas características, criação de hipóteses, apontamentos, e estabelecimento de relações entre as variáveis estudadas no fenômeno.

A pesquisa teve seus dados coletados nas bases de dados da SciELO (Scientific Library Online), LILACS (Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências sociais e da Saúde), e BDENF (Base de Dados de Enfermagem) onde foram utilizados os descritores de acordo com o DeCS (Descritores em Ciências da Saúde): Parto Obstétrico, Parto Normal, Cesárea e Cuidado Pré-natal.

Com base nos critérios de inclusão foram selecionados artigos completos, em língua portuguesa, publicados de 2015 a abril de 2020 e que respondessem aos objetivos do estudo. Foram excluídos do estudo os artigos que não apresentavam texto disponível na íntegra, artigos repetidos, artigos com mais de cinco anos de publicação e os que não respondiam aos objetivos do estudo. Para coleta de dados os descritores foram utilizados individuais e depois cruzados em dupla, após uma leitura criteriosa os artigos foram selecionados, analisados, interpretados e divididos segundo categorias pré-estabelecidas. Totalizou-se uma amostra final de 15 artigos.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O estudo foi desenvolvido com base em um levantamento de dados que abrangem o tema proposto, selecionando as publicações de maior relevância. Foram encontrados 137 estudos. Após esse levantamento inicial empregou-se os critérios de inclusão: artigos completos, em língua portuguesa, publicados de 2015 a abril de 2020 e que respondessem aos objetivos do estudo, e critérios de exclusão: artigos que não apresentavam texto disponível na íntegra, artigos repetidos, artigos com mais de cinco anos de publicação e os que não respondiam aos objetivos do estudo. Após essa filtragem obteve-se 15 artigos selecionados de acordo com os objetivos do estudo e distribuídos em diferentes períodos.

A coleta de dados foi desenvolvida através da aplicação dos descritores previamente reconhecidos no DeCS: Parto obstétrico, Parto normal; Cesárea e Cuidado pré-natal. A distribuição das referências incluídas na revisão de acordo com os dados: ano, idioma, área de atuação e tipo de estudo é apresentada na tabela abaixo:

Na Tabela 1 evidencia-se que o ano em que mais foram publicados artigos pertinentes ao tema foi o ano de 2018, com percentual de 39,96%, seguido pelo ano de 2016 (19,98%), e consecutivamente os anos de 2015 (13,32%), 2017 (13,32%), e 2019 (13,32%). A publicação frequente de artigos nos últimos cinco anos demonstra a importância da discussão acerca desta temática, visto que é um assunto que está em evidencia na atualidade. A área que mais publicou artigos foi a da Enfermagem apresentando sete artigos publicados, seguida por artigos que abrangem mais de uma área de interesse apresentando três artigos publicados subdivididos em: Enfermagem/Medicina com uma publicação, Enfermagem/Psicologia com duas publicações; a área de interesse da saúde no geral apresentou três publicações.

Observou-se que a área da Enfermagem vem investigando muito acerca dos fatores que influenciam a escolha do tipo de parto e isso se deve principalmente aos profissionais de enfermagem passarem a conquistar cada vez mais espaço de atuação nas áreas que abrangem os cuidados obstétricos e neonatais.

Na abordagem metodológica, a predominante foi o estudo transversal que constituiu 39,96% das publicações, seguida pela abordagem qualitativa com 33,3% das publicações analisadas. O Estudo de Coorte apresentou 13,32% das publicações; a abordagem quantitativa e o delineamento misto apresentaram 6,66% no percentual de publicações cada. A predominância do estudo transversal é de grande relevância, pois esse tipo de estudo serve para avaliar a frequência e distribuição de tópicos e questões de determinado grupo demográfico. Nos estudos analisados essa abordagem foi utilizada principalmente para medir

a prevalecia de escolha dos tipos de parto levando em consideração os múltiplos parâmetros que influenciam essa escolha.

Tabela 1. Distribuição das referências incluídas na revisão integrativa, de acordo com as bases de dados: ano, idioma, área de atuação e tipo de estudo

Ano	Idioma	Área	Estudo Transversal
2015	Português	Médico	Estudo Transversal
2015	Português	Enfermagem	Delineamento misto
2016	Português	Saúde	Estudo Transversal
2016	Português	Enfermagem	Descritivo/Qualitativo
2016	Português	Enfermagem/Médico	Descritivo/Qualitativo
2017	Português	Enfermagem/Psicologia	Descritivo/Quantitativo
2017	Português	Enfermagem	Descritivo/Qualitativo
2018	Português	Enfermagem	Estudo de Coorte
2018	Português	Enfermagem	Estudo de Coorte
2018	Português	Saúde	Exploratória/Qualitativa
2018	Português	Enfermagem	Estudo Transversal
2018	Português	Saúde	Estudo Transversal
2018	Português	Enfermagem	Descritivo/Qualitativo
2019	Português	Enfermagem/Psicologia	Transversal Descritivo
2019	Português	Médico	Estudo Transversal

Fonte: SciELO, LILACS e BDENF, 2020.

A Tabela 2 apresenta a frequência de publicações por periódico, observando-se que os periódicos com maior número de publicações selecionadas foram o Caderno de saúde pública – CSP, a Revista Gaúcha de Enfermagem e a Revisa Online de Pesquisa Cuidado é Fundamental com duas publicações analisadas por periódico diferindo apenas pelos anos de publicação.

Tabela 2. Distribuição das publicações conforme ano e título do periódico

Ano	Periódico	Frequência	%
2015	Cadernos de saúde pública - CSP	1	6,66
2015	Rev. Gaúcha de Enfermagem	1	6,66
2016	Rev. Brasileira de saúde materno infantil	1	6,66
2016	Rev. Brasileira de Enfermagem	1	6,66
2016	Rev. de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro - RECOM	1	6,66
2017	Rev. Online de pesquisa Cuidado é Fundamental	1	6,66
2017	Rev. CuidArt Enfermagem	1	6,66
2018	Rev. Gaúcha de Enfermagem	1	6,66
2018	Rev. Mineira de Enfermagem - REME	1	6,66
2018	Rev. Brasileira de Epidemiologia	1	6,66
2018	Rev. Online de pesquisa Cuidado é Fundamental	1	6,66
2018	Cadernos de Saúde Pública - CSP	1	6,66
2018	Esc. Anna Nery - EEAN	1	6,66
2019	Saúde e Pesquisa	1	6,66
2019	Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde - ABCS	1	6,66

Fonte: SciELO, LILACS e BDENF.

Na Tabela 3 apresenta-se o roteiro de busca utilizado para a construção do estudo.

Tabela 3. Distribuição das referências obtidas nas bases de dados SciELO, LILACS e BDENF, seguindo os descritores estabelecidos

Base de Dados	Descritores Cruzados	Referências Obtidas	Referências utilizadas
BDENF	Parto Obstétrico X Parto Normal	1	0
	Cesárea X Cuidado Pré-Natal	6	0
	Parto Obstétrico X Cesárea	1	0
	Parto Obstétrico X Cuidado Pré-Natal	1	0
	Parto Normal X Cesárea	18	3
	Parto Normal X Cuidado Pré-Natal	31	0
LILACS	Parto Obstétrico X Parto Normal	1	0
	Cesárea X Cuidado Pré-Natal	22	2
	Parto Obstétrico X Cesárea	1	0
	Parto Obstétrico X Cuidado Pré-Natal	1	0
	Parto Normal X Cesárea	51	1
	Parto Normal X Cuidado Pré-Natal	41	1

SciELO	Parto Obstétrico X Parto Normal	12	0
	Cesárea X Cuidado Pré-Natal	9	0
	Parto Obstétrico X Cesárea	8	1
	Parto Obstétrico X Cuidado Pré-Natal	6	0
	Parto Normal X Cesárea	27	6
	Parto Normal X Cuidado Pré-Natal	12	1

Fonte: SciELO, LILACS e BDENF, 2020.

O levantamento das publicações foi realizado iniciando a partir da busca por descritores no DeCS (Descritores em Ciências da Saúde), onde foram encontrados os descritores: Parto Obstétrico, Parto Normal, Cesárea e Cuidado Pré-natal. Depois de selecionados, os descritores foram aplicados na plataforma de busca BVS (Biblioteca Virtual em Saúde) onde foram obtidos 164 artigos; a partir desse resultado utilizou-se o método de filtragem onde foram utilizados os filtros: artigos completos, em língua portuguesa e artigos publicados nos últimos cinco anos, apresentando um total de 137 artigos.

As bases selecionadas para coleta final dos dados foram: BDENF, LILACS e SciELO que evidenciaram 20 artigos. Após a exclusão dos artigos repetidos, e dos que não respondiam aos objetivos do estudo foram selecionados 15 artigos para composição final da pesquisa. Os descritores foram cruzados em todas as bases de dados selecionadas para a coleta dos estudos validando assim a fase de levantamento de dados.

Após a seleção, os artigos foram minunciosamente analisados proporcionando a observação das principais abordagens acerca da escolha da gestante sobre o tipo de parto. O quadro abaixo apresenta o agrupamento dos estudos segundo título, autor, objetivos e contribuições dos estudos selecionados.

Quadro 1. Agrupamento dos estudos segundo título, autor, objetivos e resultados

N°	TÍTULO	AUTORES	OBJETIVOS	RESULTADOS
1	O parecer do Conselho Federal de Medicina, o incentivo à remuneração ao parto e as taxas de cesariana no Brasil.	FREITAS, P.F. *et al.*, 2015	O estudo buscou investigar como o incentivo à remuneração ao parto, preconizado pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) do Brasil, influencia as taxas de cesariana.	A proporção de cesarianas na amostra foi de 59,2%, sendo 92,3% entre as mulheres tendo parto e pré-natal com o mesmo profissional.

2	Escolha do tipo de parto: fatores relatados por puérperas.	NASCIMENTO, R.R.P. *et al*., 2015	Conhecer os fatores relatados por puérperas que concorreram na escolha do tipo de parto.	A maioria das mulheres entrevistadas (76%) manifestou preferência pelo parto normal devido à recuperação rápida, menor dor e sofrimento.
3	Nascimentos no Brasil: associação do tipo de parto com variáveis temporais e sociodemográficas.	RATTNER, D. & MOURA, E.C., 2016	Descrever nascimentos via cesariana e vaginal e identificar associação com variáveis temporais e sociodemográficos.	A proporção de nascimentos por cesariana no país se encontra acima de 50%, se associando principalmente com idade e escolaridade maternas.
4	Cuidados humanizados: a inserção de enfermeiras obstétricas em um hospital de ensino.	MEDEIROS, R.M.K. *et al*., 2016	Analisar a assistência prestada em uma unidade de Préparto/Parto/Pós-parto (PPP) de um hospital de ensino após a inserção de enfermeiras obstétricas.	Os resultados sugerem que a inserção das enfermeiras obstétricas contribuiu para a qualificação do cuidado prestado ao parto e ao nascimento.
5	Fatores que influenciam na indicação da via de parto.	PINHEIRO, T.M. *et al*., 2016	Conhecer os fatores que influenciam na escolha da via de parto, na perspectiva de gestantes, puérperas e médicos obstetras.	Mais da metade dos obstetras referiu realizar mais cesárea. Todas as puérperas estavam internadas, em pós-parto imediato; a grande maioria submetida ao procedimento cirúrgico.
6	Fatores que influencia a escolha do tipo de parto a percepção das puérperas.	FEITOSA, R.M.M. *et al*., 2017.	Compreender, a partir da percepção das puérperas, os fatores que influenciam na escolha ao tipo de parto.	As puérperas apontam o desejo de um parto sem intercorrências e com recuperação rápida. São significativas as influências do "medo da dor" e das experiências individuais e de outras mulheres para a escolha da via de parto.
7	Preferência de via de parto e experiência prévia de dores em puérperas atendidas em uma maternidade.	MAZONI, S.R. *et al*., 2017	Verificar a preferência da via de parto e a experiência prévia de dores de puérperas atendidas em uma maternidade	A cerca da preferência da via de parto, aproximadamente 89% das puérperas preferiram a via vaginal.

8	Satisfação no parto normal: encontro consigo.	SILVA, R.C.F. *et al*., 2018.	Compreender a satisfação da mulher na experiência do parto normal.	A satisfação foi correlacionada com efetivação do desejo de parir, suporte acolhedor de doulas/profissionais de saúde e presença de acompanhante/familiares no processo.
9	Motivo da realização da cesárea segundo relato das mães e registros de prontuários em maternidades de BH.	VIANA, T.G.F. *et al*., 2018	Avaliar o motivo da realização da cesárea segundo os relatos da puérpera e o registro das informações no prontuário.	Observou-se diferença estatisticamente significativa entre os motivos da realização da cesárea relatados pela puérpera e os registrados em prontuário, o que ressalta a necessidade de rever a formação profissional e o modelo de atenção.
10	Complicações puerperais precoces e tardias associadas à via de parto.	MASCARELLO, K.C. *et al*., 2018	Avaliar as complicações maternas precoces e tardias relacionadas à via de parto, por até seis anos após o parto.	Cerca da metade das mulheres (44,9%) foram submetidas à cesárea. O parto cesáreo foi associado a um risco 56% maior de complicações precoces, 2,98 vezes maior de infecção pós-parto, 79% mais risco de infecção urinária.
11	Discurso de mulheres sobre a experiência do parto normal e da cesariana.	SANTOS, G. O. *et al*., 2018	Compreender a vivência do parto normal e cesáreo por mulheres de Riachão do Jacuípe-Ba.	A análise indicou que o modelo tecnocrático de atenção ao parto vem influenciando a vivência das mulheres, tanto com relação ao parto normal quanto em relação à cesariana.
12	Análise de custo-efetividade do parto vaginal espontâneo e da cesariana eletiva para gestantes de risco habitual no Sistema Único de Saúde.	ENTRINGER, A.P. *et al*., 2018	Realizar uma análise de custo-efetividade do parto vaginal espontâneo comparado à cesariana eletiva, sem indicação clínica, para gestantes de risco habitual, sob a perspectiva do Sistema Único de Saúde.	O estudo evidenciou que o parto vaginal é mais eficiente para gestantes primíparas, com menor custo (R$ 1.709,58) que a cesariana (R$ 2.245,86) e melhor efetividade para três dos quatro desfechos avaliados.

13	Via de Parto preferida por puérperas e suas motivações	KOTTWITZ, F. *et al*., 2018	Conhecer a via de parto preferida pelas puérperas e suas motivações.	A amostra deste estudo foi constituída por 361 puérperas, onde a maioria (77,6%) desejou como desfecho para a gestação atual o parto vaginal.
14	Expectativa e experiência do processo parturitivo em mulheres atendidas em UBS.	CARVALHO, E.R. *et al*., 2019.	Analisar a expectativa da gestante em relação ao parto no final da gestação e a vivência parturitiva.	O estudo identificou que o parto vaginal foi a via preferida pelas gestantes, entretanto a cesárea eletiva foi a principal via de parto realizada pelos obstetras, mesmo em mulheres cuja preferência era a via de parto vaginal.
15	Grau de conhecimento das gestantes do serviço público sobre parto humanizado.	SANTOS, A.B.B. *et al*., 2019	Avaliar o grau de conhecimento das gestantes em dois serviços públicos sobre parto humanizado.	71% preferiam parto normal e 44% tinha medo de cesárea. Profissional pré-natalista não ofereceu informações para 66,5%. 30,5% conhecia parto humanizado, destas 83,6% apresentaram conceito adequado.

Fonte: SciELO, LILACS e BDENF, 2020.

A análise dos resultados obtidos proporcionou a observação de que os estudos possuem linhas de pesquisa comuns entre si e considerando os eixos temáticos obtidos foram criadas três categorias para facilitar a compressão e discussão da temática proposta. Tais categorias estão descritas abaixo.

3.1. A evolução histórica do processo de parto

Muitas mulheres idealizam o desejo de se tornarem mães durante anos, e a descoberta da gravidez é o início da realização deste ideal tornando-se também um marco para a reestruturação do seu papel feminino na sociedade. As modificações atreladas a essa mudança são tanto de origem física, como psicológicas e sociais visto que a mulher assumirá o "papel materno" o que gera novas cobranças, ansiedade e medos que se intensificam à

medida que se aproxima o momento tão esperado e tão temido que é o parto (CARVALHO *et al*., 2019).

Alguns artigos discorrem sobre o processo histórico de evolução da realização do parto e relatam como se deu essa evolução e a importância desse progresso para a conquista feminina de sua autonomia durante o processo de parturição. O parto além de ser uma experiência transformadora e marcante na vida de uma mulher é um evento social, cultural e mobilizador a partir de que a nova vida que vem ao mundo transforma e remodela as relações familiares além de se inserir a partir daí no meio social. Quem nasce, nasce para o mundo e fazer parte disso traz inúmeros direitos e projeções sociais.

A assistência ao parto sofreu diversas mudanças ao longo dos tempos; o que na antiguidade era um processo natural onde mulheres com mais experiência, denominadas parteiras, usavam seus conhecimentos empíricos para auxiliar outras mulheres durante o processo de parto, foi evoluindo e se tornando um evento cada vez mais hospitalizado e medicalizado o que culminou para que as mulheres perdessem cada vez mais espaço e voz durante o processo de escolha de como quer trazer seu filho ao mundo.

Por volta do século XXI o parto domiciliar foi sendo cada vez mais substituído pelo institucionalizado o que culminou para a desumanização das práticas de assistência ao parto e pela vivencia de experiências negativas para as mulheres. A busca por mudança nesse modelo de assistência começou a ser reivindicada e a partir do surgimento de movimentos sociais, em especial os de cunho feministas levantaram-se críticas ao sistema de atenção à saúde da mulher, como também passaram a incentivar a conscientização das gestantes sobre seus direitos, estimulo a maior envolvimento dos parceiros da gestação ao parto e especialização dos profissionais da área de saúde, sendo de fundamental importância a compreensão dos cuidados no parto (SANTOS *et al*., 2019).

O processo de humanização do parto veio em socorro aos abusos de tecnologias e intervenções médicas que vinham sendo utilizadas nos protocolos de assistência ao parto e foi de fundamental importância para criação de diretrizes que assegurassem os direitos das gestantes e garantissem sua autonomia, protagonismo e segurança tanto para mãe como para o bebê, desde o pré-natal ao parto e puerpério. Os artigos analisados descrevem o processo de humanização como uma importante questão a ser esclarecida visto que na última década tornou-se um termo muito difundido e que muitas vezes é interpretado erroneamente.

3.2. Os tipos de Parto

O parto é o estágio conclusivo da gestação onde finalmente se conhece o ser que foi gerado nos últimos meses. Na assistência médica no Brasil, principalmente na rede pública, se observa que a opção da via de parto é em grande maioria uma decisão médica, não levando em conta a opinião da mulher. Na rede privada o índice de cesáreas é bem maior e isso se deve principalmente ao fato de que esse procedimento se torna mais cômodo para a gestante e para o profissional médico, levando as mulheres a se submeterem ao procedimento eletivo (SANTOS *et al*., 2018).

O respeito à mulher é fundamental para que o nascimento seja um momento único e especial e para isso é necessário que ela participe ativamente das escolhas sobre sua saúde e dos procedimentos que será submetido seu corpo. O parto normal e a cesárea são as opções disponíveis quando chega o tão esperado momento e espera-se que a gestante avalie os riscos e benefícios juntamente com os profissionais que lhe atendem para que assim possa decidir livremente de acordo com suas necessidades (NASCIMENTO *et al*., 2015).

O parto por via vaginal pode ser "natural", quando não se utiliza nenhum procedimento invasivo, anestésico, analgésico ou para induzir e acelerar as contrações, aplicando somente técnicas e métodos completamente naturais para alivio da dor; ou "normal" quando, apesar de ocorrer por via vaginal, se utilizam todos os métodos mencionados anteriormente. Nos dois tipos, a via vaginal é apresentada nos artigos analisados como mais benéfica por: apresentar menor risco de infecção, menor tempo de recuperação materna, favorecimento da produção de leite materno, melhor prognóstico neonatal pós-parto, e menor custo, entre vários outros benefícios.

A cirurgia de cesárea foi responsável pela grande diminuição da mortalidade materno-infantil e era realizada em casos de necessidade clínica. A partir do século XX com o avanço da tecnologia na assistência médica começou a ser realizada indiscriminadamente. Atualmente esse procedimento traz repercussões maternas e neonatais negativas alcançando níveis injustificáveis. A realização desnecessária de cesárea acarreta no aumento da mortalidade materna e neonatal e está associada a maior tempo de hospitalização, infecção puerperal, hemorragia materna, atraso no tempo de recuperação pós-parto, início tardio da amamentação, prematuridade e elevação de gastos para o sistema de saúde (VIANA *et al*., 2018) .

O tipo de parto e seus índices são considerados indicadores de desenvolvimento social e econômico de um país e dizem muito a respeito de como está a saúde materno-infantil, por

esse motivo a Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda uma taxa de até 15% de partos por via cesárea para ser considerado “adequado”. Apesar da recomendação, em 2010, o percentual de partos cesáreos no Brasil era de 52,34%, com maior incidência no Estado do Rio Grande do Sul. Na rede pública, as cesáreas representam 40% enquanto que na rede privada essa concentração é de 80%. Por este motivo o Ministério da Saúde (MS) passou a ter uma preocupação geral frente ao índice de cesarianas realizadas no Brasil, que ultrapassa em muito a taxa considerada adequada pela OMS (FEITOSA *et al*., 2017).

Observa-se que apesar da taxa de cesárea ainda ser acima da recomendada, a escolha pelo parto por via vaginal vem crescendo e isso se deve aos inúmeros esforços do Ministério da Saúde para priorizar esse tipo de parto promovendo campanhas de incentivo e implementando protocolos e diretrizes. Apesar disso, é importante ressaltar que a cesárea é um procedimento que se bem indicado é fundamental para garantir a saúde da mãe e bebê e não pode ser ignorada. Independentemente do tipo de parto, o mais importante é garantir a segurança, autonomia e o respeito pela gestante, por seu corpo, e por suas escolhas, entender seus medos, anseios e esclarecer todas as suas dúvidas, atendendo as suas necessidades (ENTRINGER *et al*., 2018).

3.3. Fatores que influenciam a escolha do tipo de parto

Gravidez é o período da vida de uma mulher em que ocorrem mudanças fisiológicas que garantem um ambiente propício para o desenvolvimento do feto e é um momento de mudanças psicológicas que geram expectativas, emoções, medos e ansiedade pelas gestantes, exigindo, durante esta fase, orientações e cuidados específicos. Um exemplo está relacionado à escolha do tipo de entrega (FEITOSA *et al*., 2017).

A escolha da via de parto é um fator que gera muitas expectativas nas gestantes e geralmente é baseada no autoconhecimento das mesmas que foi adquirido através de relatos de outras mulheres que vivenciaram essa experiência, de experiências próprias, sejam elas positivas ou negativas ou de fontes tendenciosas. Sabe-se que essa não é uma escolha fácil e, quando se tratando dos fatores que influenciam a optar pelo parto normal ou por via cesárea, ainda há muita deficiência nas informações recebidas por essas mulheres ocasionando assim situações ou a realização de procedimentos desnecessários (KOTTWITZ *et al.,* 2018).

Dentre os principais fatores que atuam como determinantes da escolha da via de parto estão: experiências prévias, influência familiar, tempo de recuperação, medo da dor e acesso às informações e orientações acerca de riscos e benefícios das modalidades de parto durante

a assistência pré-natal. É importante compreender a complexidade que essa escolha tem para a mulher e como isso reflete na idealização do conceito de "maternidade". Algumas mulheres podem vir a sentir a frustração de não ter o seu parto como desejado (MAZONI *et al*., 2017).

Nas mulheres que optam pelo parto normal é possível observar maior grau de conhecimento sobre os benefícios associados a essa via de parto, a expectativa de se recuperarem rapidamente, além de que as mulheres que desejam isso relatam experiências anteriores positivas e esperam suprir a necessidade de vivenciar a maternidade da forma mais especial e natural possível, trazendo seu filho ao mundo como o corpo da mulher é programado para fazer, sentindo a satisfação, liberdade, autonomia e respeito pela fisiologia do parto (SILVA *et al*., 2018).

Apesar dos esforços do MS para manter a taxa aceitável de cesáreas no Brasil, muitas mulheres ainda são submetidas a esse procedimento indiscriminadamente seja por escolha sua ou por indicação profissional desnecessária. Nos dois casos deve-se haver um combate, tanto através de informações profissionais responsáveis e seguras como se trabalhar o emocional e psicológico da mulher durante todo o pré-natal para que sua escolha seja a mais responsável possível (VIANA *et al*., 2018).

Nas mulheres que optam pela cesariana se observa maior relato do termo "medo da dor", além de experiências prévias negativas, com relatos que envolvem falas que podem ser caracterizadas como violência obstétrica mesmo que algumas delas nem tenham conhecimento do que se trata e nem noção de que sofreram um tipo de violência. É mais comum também observar essa escolha em mulheres de condições socioeconômicas menos favorecidas e nas que não tiveram informações nem orientações precisas sobre os tipos de parto durante o pré-natal (NASCIMENTO *et al*., 2015).

Entre as razões relatadas pela classe obstétrica como contribuintes para o aumento das taxas de cesárea estão: o pedido da mulher e a preferência da mesma por essa via. Porém, estudos apontam que a prevalência de cesarianas é muito maior do que a proporção de mulheres que realmente desejam este tipo de parto. Ao observar as variáveis sociais, a cesariana é preferida entre as mulheres de cor da pele branca, de escolaridade mais elevada e entre aquelas que fazem consultas de pré-natal e parto no setor privado ou por intermédio de convênio, ou seja, entre aquelas potencialmente com melhores condições socioeconômicas, dentre as quais se espera um menor risco obstétrico (FREITAS *et al*., 2015).

As complicações puerperais, precoces ou tardias, também são fatores que influenciam a escolha do tipo de parto. O medo das mulheres de apresentarem problemas associados à

anestesia, hemorragia, além do medo de se submeter à cirurgia estão entre os determinantes para optarem pelo parto normal. Conhecer esses riscos é imprescindível para uma tomada de decisão realmente esclarecida, por parte das gestantes e profissionais e é fundamental que haja uma relação de confiança e respeito entre ambos na hora de avaliar os riscos e benefícios (MASCARELLO *et al*., 2015).

Verificou-se que existe uma grande diferença entre a escolha pelo tipo de parto, e a indicação, sendo que a primeira está diretamente ligada à condição socioeconômica da gestante, conhecimento da mesma sobre o seu direito de escolher, influência da família e da sociedade, além dos medos e receios, pessoais e familiares, para com o parto levando em conta também a discussão dos benefícios e riscos com a equipe que a atende. Já no que diz respeito à indicação médica essa escolha é diretamente ligada à confiança da gestante na opinião profissional e no respeito e ética médica.

A gestante pode sempre manifestar a sua preferência por um determinado tipo de parto, mas caberá ao binômio Profissional/mulher avaliar e decidir sobre a adequada via de parto (PINHEIRO *et al*., 2016).

4. CONCLUSÃO

O parto é um momento muito aguardado pela gestante, desde a descoberta da gestação, e a escolha da via de parto é um fenômeno cercado de mitos e crenças, que envolvem aspectos culturais, sociais, experiências prévias, medos e expectativas, além de valores e opiniões que são passados de geração em geração, tendo influência direta na concepção e na preferência da mulher por determinada via de parto. Diante disso é fundamental conhecer os fatores que cercam o período de gestação e influenciam as mulheres na escolha da via de parto bem como a significância dessas influências para buscar a excelência no modelo de atenção.

O sistema de saúde vigente no Brasil nem sempre favorece que a escolha da gestante sobre a via de parto seja respeitada e muitas vezes exclui a mulher do processo de decisão. A discussão dos resultados encontrados aponta para a constante necessidade de revisão e aperfeiçoamento de programas de atendimento às mulheres no ciclo grávido-puerperal, bem como a capacitação da equipe multiprofissional envolvida nesse tipo de atendimento para assegurar a maternidade segura.

Pode-se perceber também que o desejo pelo parto normal ainda prevalece na maioria das mulheres, além dos estudos comprovarem maiores benefícios nessa via de parto, apesar

disso o índice de cesáreas continua acima da taxa recomendada pela OMS. Ressalta-se a necessidade de mudança do modelo de assistência atual para um modelo mais humanizado, colaborativo, em que haja a atuação conjunta dos profissionais, para a redução das taxas de intervenção e mais segurança e satisfação das mulheres.

É importante reconhecer o pré-natal como ferramenta fundamental para a oferta de informações baseadas em evidências sobre o parto e forma de nascimento, aproveitando esse momento para trabalhar os medos e receios da mulher bem como incluí-la no processo de decisão criando um vínculo de respeito e confiança entre o binômio gestante/profissional. As informações oferecidas às gestantes e às parturientes e suas famílias, assim como a atuação da equipe multiprofissional e o modelo de assistência obstétrica, podem implicar diretamente na tomada de decisão e a escolha da via de nascimento.

Apesar das inúmeras mudanças ocorridas no âmbito da saúde da mulher, a assistência e a humanização do cuidado no ciclo gravídico-puerperal ainda se constitui um grande desafio. Portanto, é necessária a continuidade de desenvolvimento de políticas públicas e ações que incentivem o parto normal e minimizem o conjunto de determinantes que influenciam a banalização da realização de cirurgias cesarianas no Brasil e isso só se tornará possível através da capacitação e conscientização dos profissionais e da população, favorecendo o cuidado e o autocuidado das mulheres ao longo do período gestacional, parto e puerpério.

O desenvolvimento dessa pesquisa foi de grande relevância para a área da saúde visto que evidenciou as publicações sobre a temática contribuindo assim para o melhor entendimento dos fatores que influenciam a gestante na escolha pelo tipo de parto que quer ter. Também pode vir a servir de base para o desenvolvimento de novos estudos sobre a temática proposta e outros temas semelhantes e a formulação de estratégias e métodos que visem à melhoria da assistência em enfermagem obstétrica, aumentando a autonomia da mulher no processo de escolha, a qualidade de vida e a satisfação durante o pré-natal, parto e puerpério.

5. REFERÊNCIAS

COUTINHO, E.C. *et al*. Gravidez e parto: O que muda no estilo de vida das mulheres que se tornam mães? Revista da Escola de Enfermagem da Usp, v. 48, p. 17-24, 2014.

CARVALO, E.R. *et al*. Expectativa e experiência do processo parturitivo em mulheres atendidas em unidade básica de saúde. Revista Saúde e Pesquisa, v. 12, p. 545, 2019.

ENTRINGER, A.P. *et al*. Análise de custo-efetividade do parto vaginal espontâneo e da cesariana eletiva para gestantes de risco habitual no Sistema Único de Saúde. Caderno de Saúde Pública, v. 34, e00022517, 2018.

FEITOSA, R.M.M. *et al.* Fatores que influenciam a escolha do tipo de parto na percepção das puérperas. Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online, v. 9, p. 717, 2017.

FRANCISQUINI, A.R. *et al.* Orientações recebidas durante a gestação, parto e pós-parto por um grupo de puérperas. Ciência cuidado e saúde, v. 9, n. 4, p. 743, 2010.

FREITAS, P.F. *et al*. O parecer do Conselho Federal de Medicina, o incentivo à remuneração ao parto e as taxas de cesariana no Brasil. Caderno de Saúde Pública, v. 31, p. 1839, 2015.

KOTTWITZ, F. *et al.* Via de parto preferida por puérperas e suas motivações. Escola Anna Nery: revista de enfermagem, v. 22, p. 2, 2018.

MASCARELLO, K.C. *et al*. Complicações puerperais precoces e tardias associadas à via de parto em uma coorte no Brasil. Revista Brasileira de Epidemiologia, v. 21, e180010, 2018.

MAZONI, S.R. *et al.* Preferência de via de parto e experiência prévia de dores em Puérperas atendidas em uma maternidade. Revista CuidArt, Enfermagem, v. 11, p. 162, 2017.

MEDEIROS, R.M.K. *et al*. Cuidados humanizados: a inserção de enfermeiras obstétricas em um hospital de ensino. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 69, p. 1091, 2016.

MELO, K. *et al.* O comportamento expresso pela parturiente durante o trabalho de parto: reflexos da assistência do pré-natal. Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental, v. 6, p. 1007, 2014.

NASCIMENTO, R.R.P. *et al*. Escolha do tipo de parto: fatores relatados por puérperas. Revista Gaúcha de Enfermagem, v. 36, p. 119, 2015.

PINHEIRO, T.M. *et al*. Fatores que influenciam na indicação da via de parto. Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro, v. 6, p. 2066, 2016.

POSSATI, A.B. *et al*. Humanização do parto: significados e percepções de enfermeiras. Escola Anna Nery: Revista de Enfermagem, v. 21, p. 1, 2017.

RATTER, D. & MOURA, E.C. Nascimentos no Brasil: associação do tipo de parto com variáveis temporais e sociodemográficos. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, v. 16, 2016.

SILVA, R.C.F. *et al.* Satisfação no parto normal: encontro consigo. Revista Gaúcha de Enfermagem, v. 39, 2018.

SANTOS, A.B.B. *et al*. Grau de conhecimento das gestantes do serviço público sobre parto humanizado. Arquivo Brasileiro de Ciências da Saúde, v. 44, p. 172 2019.

SANTOS, G. O. *et al.* Discurso de mulheres sobre a experiência do parto normal e da cesariana. Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental, v. 10, p. 233, 2018.

ROVERI, L.L. & FONSECA, M.R.C.C. Fatores que influenciam a gestante na escolha do tipo de parto. Revista Saúde-UNG-Ser, v. 10, p. 8, 2016.

VIANA, T.G.F. *et al*. Motivo da realização de cesárea segundo relato das mães e registros de prontuários em maternidades de Belo Horizonte. Revista Mineira de Enfermagem, v. 22, p. 1073, 2018.

Capítulo 40

O REFLEXO DAS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS NA SAÚDE MENTAL DE PESSOAS IDOSAS

Nisiane Dos Santos[1], Karla M De Matos[1], Cintia R S Pimentel[1], Gracineiva V P Silva[1], Willams A Da Costa[1], Rafael M Fontenele[2]

[1] Discente de Enfermagem, Faculdade IESF, Paço do Lumiar/MA.
[2] Mestre em Gestão de Programas e Serviços de Saúde, UniCEUMA, São Luís/MA.

Palavras-chave: *Saúde mental; idoso; doenças crônicas.*

1. INTRODUÇÃO

O processo de envelhecimento é algo intrínseco ao indivíduo e ao desenvolvimento humano e compreende uma série de mudanças fisiológicas, psicológicas e sociais. O que involuntariamente acarreta no aparecimento de doenças crônicas, que quando não acompanhadas adequadamente repercutem em alterações no estado psíquico e mental desses indivíduos, levando ao aparecimento de sintomas ligados a depressão, ao estresse e a inúmeros déficits cognitivos (GARCIA *et al.*, 2017).

Define-se doença crônica, como uma doença não transmissível, cuja progressão é lenta e, mediante a isso, precisa de tratamento contínuo. De acordo com seu grau de comprometimento pode gerar limitações motoras e mentais ao indivíduo. Atualmente as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) ocupam o primeiro lugar em número de óbitos em todo o mundo, estimando-se cerca de 38 milhões de mortes ao ano (MALTA *et al.*, 2017).

Em razão das inúmeras transformações que ocorreram ao longo do tempo, o número de pessoas com mais de 60 anos cresceu de forma significativa. O declínio das taxas de fecundidade, concomitante ao aumento da longevidade tem colaborado em grande proporção para o aumento do envelhecimento mundial. Em 1950, havia 205 milhões de pessoas com mais de 60 anos no mundo, em 2012 esse número alcançou os 810 milhões e estima-se que em 2050, esse número chegue aos 2 bilhões (UNFPA, 2012).

No Brasil, os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) elucidam que em 2012 haviam 25,4 milhões de idosos em todo o território brasileiro, e que, em 2017, esse número alcançou os 30,2 milhões. De 2005 a 2015, esse número cresceu de 9,8% para 14,3% (IBGE, 2018).

Destaca-se que com esse aumento expressivo de idosos ao longo dos anos, há uma maior expectativa de vida, e consequente a isso, maiores são os números de indivíduos idosos portadores de DCNT, e maiores têm sido os impactos dessas doenças na saúde mental dos mesmos, o que repercute no aparecimento de quadros de ansiedade, depressão, déficits cognitivos, aumento da fragilidade e demência. Estes potencializam os sintomas das doenças já existentes e acarretam em danos às vezes irreversíveis a saúde em geral, quando não diagnosticados e tratados adequadamente (SILVA *et al.*, 2015).

Acredita-se que o processo de envelhecimento não precisa vir acompanhado de inúmeros problemas mentais decorres das doenças crônicas existentes, e que um bom acompanhamento clínico pode proporcionar a esses indivíduos uma assistência integral, de forma a proporcionar uma melhor qualidade de vida. Mediante a esse contexto, se faz necessário esclarecimentos sobre o impacto do adoecimento crônico na saúde mental dos indivíduos idosos, uma vez que na maioria dos casos, sintomas de desgaste emocional passam despercebidos pela família e pelos profissionais de saúde que os assistem, gerando assim, maiores danos à saúde física e mental.

Diante disso, o presente estudo tem como objetivo compreender qual o reflexo do adoecimento crônico na saúde mental de pessoas idosas.

2. MÉTODO

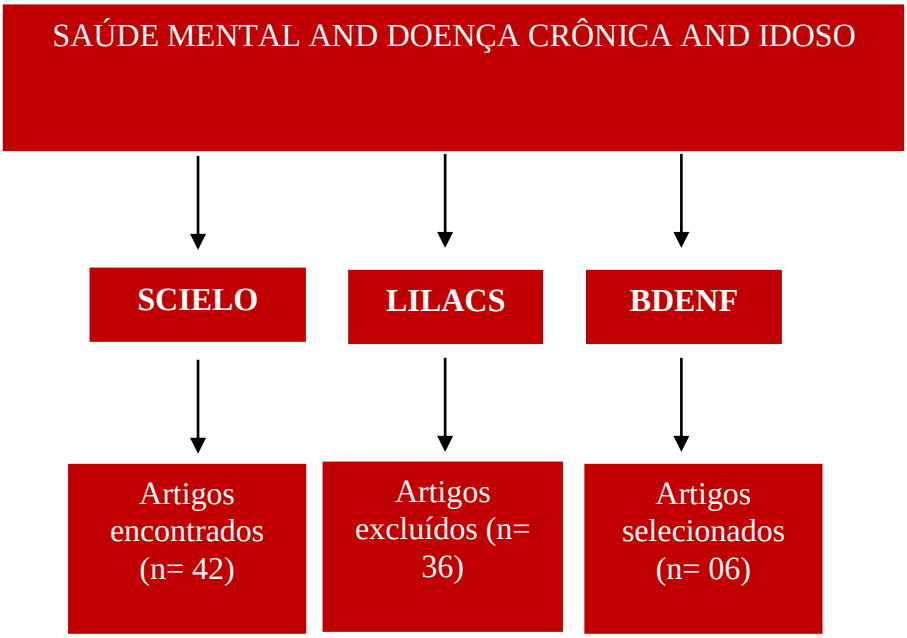
Para a realização desse estudo foi utilizada a revisão integrativa de literatura como estratégia metodológica, a qual foi desenvolvida a partir da seguinte pergunta norteadora: “Qual o reflexo do adoecimento crônico para a saúde mental de pessoas idosas?”.

A seleção da amostra considerou como critérios de inclusão: artigos com texto completo, redigidos em português e disponível online e gratuitamente na íntegra, publicados no recorte temporal entre 2015-2020; que respondiam ao objetivo da pesquisa e em seu texto explanasse sobre o impacto do adoecimento crônico na saúde dos idosos. Excluíram todos os artigos cuja metodologia incluía revisão integrativa, monografias, teses de doutorado, dissertações de mestrado e documentários.

As buscas de dados foram realizadas no período de abril de 2020 nas seguintes bases de dados: Scientific Eletronic Online (SCIELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciência da Saúde (LILACS) e Bases de Dados de Enfermagem (BDENF). As extrações dos artigos das respectivas bases foram realizadas através da combinação dos seguintes descritores Saúde Mental AND Doença Crônica AND Idoso, onde inicialmente foram encontrados 266 artigos distribuídos entres a bases de dados utilizadas.

Após adoção dos critérios de inclusão e exclusão, obteve-se um total de 42 artigos, os quais foram lidos e verificados para confirmar se atendiam aos objetivos do estudo. No entanto, após essa etapa, apenas 06 artigos de fato respondiam a pergunta norteadora adotada e foram selecionados para compor a base dessa pesquisa, como mostra a Figura 1.

Figura 1. Fluxo de combinações de descritores e total de estudos encontrados nas bases de dados



Fonte: elaborado pelo autor, 2020.

Todos os dados foram analisados e organizados na forma de quadros, e em todo o contexto da pesquisa foram respeitados os aspectos éticos e garantida a veracidade dos dados então extraídos e das respectivas fontes utilizadas. O Quadro 1 apresenta o resumo quanto o título dos artigos, autores, metodologia e ano de publicação.

Quadro 1. Estudos incluídos para a composição da revisão integrativa da literatura

Nº	TÍTULO	AUTORES	METODOLOGIA	ANO
01	Doenças crônicas não transmissíveis associadas a sintomas de depressão	Silva *et al*	Estudo transversal de caráter descritivo	2017
02	Fragilidade em idosos no município de SP: Prevalência e fatores associados	Duarte *et al*	Estudo longitudinal	2018
03	Sintomas depressivos em idosos do município de São Paulo, Brasil: Prevalência e fatores associados	Chiloff *et al*	Estudo transversal	2018
04	Associação de dor crônica com força, níveis de estresse, sono e qualidade de vida em mulheres acima de 50 anos	Sobrinho *et al*	Estudo transversal de caráter descritivo	2019
05	Repercussões do adoecimento crônico na saúde mental de pessoas idosas	Silva *et al*	Estudo qualitativo de caráter descritivo	2018
06	Estado mental dos idosos em hemodiálise no serviço de nefrologia	Ribeiro *et al*	Estudo qualitativo, de caráter analítico	2019

Fonte: Elaborado pelos autores, 2020.

Em relação ao objetivo dos estudos selecionados, todos analisaram as repercussões e os impactos do adoecimento mental nos idosos portadores de doenças crônicas, bem como sua compreensão e prevalência. No que tange aos resultados encontrados, é possível identificar que o comprometimento das atividades básicas da vida diária devido as DCNT é o que mais repercute no adoecimento mental e impacta de forma negativa o mesmo, acarretando em inúmeros agravos que vão desde sintomas depressivos ao aparecimento de déficits cognitivos relacionados a um grau de fragilidade, o que impacta de forma agressiva na saúde mental, na qualidade de vida e no bem-estar dos mesmos.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1. Patologias crônicas e seu impacto negativo na saúde mental de pessoas idosas

Com o reflexo do aumento do número de idosos, considera-se de forma proporcional a isso, um aumento de complicações na saúde destes. A idade em si, traz consigo uma série de vulnerabilidades que repercutem na saúde desses indivíduos, gerando incapacidades e muitas mudanças no estilo de vida, as quais, muitas das vezes, impactam negativamente na

saúde mental, tornando se algo preocupante e com necessidade de investigação. Concomitante ao surgimento dessas vulnerabilidades, o idoso tende a apresentar sentimento de frustração, desânimo e impotência diante do quadro de saúde vivenciado, levando ao surgimento de quadros de depressão, ansiedade, pânico, maiores fragilidades, e menor reserva cognitiva (OLIVEIRA *et al.,* 2016).

A depressão é apontada como a principal patologia apresentada em decorrência da vivência contínua com doenças crônicas não transmissíveis, tendo forte impacto tanto na saúde mental do idoso, gerando assim um prognóstico ruim das doenças crônicas já existentes, afetando de forma considerável na sua capacidade funcional e na sua qualidade de vida (SOUZA *et al.,* 2018).

Os sintomas depressivos são mais frequentes em pacientes do sexo feminino, e menos frequentes em idosos com alto grau de escolaridade, casados e que referem apenas uma doença crônica. As mulheres são mais propensas à depressão em razão da privação social por seus companheiros, sobrecarga de funções mesmo na terceira idade e de fatores biológicos decorrentes da privação de estrogênio com o avançar dos anos. Idosos com maior escolaridade têm mais acesso aos serviços de saúde em comparação com os demais, o que implica em maior qualidade de vida e melhor assistência assim que necessário (MACHADO *et al.,* 2017).

Estudo realizado no estado do Rio Grande do Sul, Brasil, identificou que houve um aumento nos números de tentativas de suicídios em pessoas com mais de 60 anos de idade, residentes na cidade de Porto Alegre, capital do estado. De acordo com o Centro de Toxicologia, em Porto Alegre, a incidência de tentativas de suicídio é de 15 a cada 100.000 idosos. Esse estudo revela que em razão da fragilidade decorrente das doenças crônicas, os idosos consideram-se incapazes e acreditam que estão perdendo o lugar de respeito construído ao longo das décadas. Essa vivência contínua com as DCNT e a necessidade de lidar com parceiros que também são portadores de doenças crônicas, levou a sintomas depressivos e ansiosos, o que consequentemente repercutiu em ideações suicidas (CONTE *et al.,* 2016).

Por essa razão, se faz de extrema importância, que haja uma assistência integral a idosos portadores de DCNT, de forma a prevenir situações como essa, salientando a importância de reportar esses sentimentos sempre que presentes a um profissional capacitado (MOLINA *et al.,* 2018).

Sabe-se que a doença crônica em geral traz consigo uma série de complicações para a saúde do indivíduo idoso e, além dos sintomas típicos da depressão, constatou-se que idosos

portadores de DCNT estão mais sujeitos a desenvolverem síndrome de fragilidade em virtude do quadro clinico no qual se encontram. Estudo transversal realizado com 480 idosos dos municípios de Ribeirão Preto/SP e João Pessoa/PB, identificou que grande parte da população estudada apresentava mais de uma doença crônica e que, em razão desta, obteve-se maior probabilidade de desenvolvimento de fragilidade e sintomas depressivos por efeito da mesma (RODRIGUES *et al.,* 2018).

A fragilidade por si só, gera uma série de implicações a saúde, e caracteriza-se por maior vulnerabilidade a fatores estressores de cunho psicológicos, físicos e sociais, os quais acabam impactando negativamente na sobrevida desses indivíduos (RODRIGUES *et al.*, 2018).

Há um consenso que as exposições a transtornos mentais são mais acentuadas durante o envelhecimento e a elevada carga de comorbidades corrobora para esse quadro, gerando inúmeros episódios de estresses. As DCNT, como hipertensão arterial sistêmica, insuficiência renal crônica, reumatismo e diabetes mellitus são exemplos de doenças frequentes após a terceira idade e que impactam de forma negativa na qualidade de vida e bem-estar desses indivíduos, em virtude da maior vulnerabilidade a fatores externos e internos, e a possibilidade de apresentação de sintomas depressivos, ansiosos e somáticos (FAGUNDES *et al.,* 2020).

Entre os sintomas mais citados dos transtornos da saúde mental gerado pela vivência com as DCNT está o nervosismo, tensão constante, preocupação excessiva, diminuição do humor, tristeza, choro fácil, insônia, falta de apetite, dificuldades na tomada de decisões e pensamentos depressivos (SILVA *et al.,* 2018).

Pensamentos como incapacidade de sentirem-se úteis, perca de interesses pelas coisas e ideações suicidas são bem frequentes, de acordo com um estudo transversal realizado com idosos na cidade de Ibicuí/BA. Compreende-se, diante dos fatos, a importância da realização de iniciativas que visem à proteção à saúde mental dos idosos, a promoção à saúde e o controle das doenças de bases (SILVA *et al.,* 2018).

3.2. O suporte social como método de enfrentamento das DCNT

O suporte social é uma das principais medidas a serem adotadas em indivíduos idosos que estão com degaste emocional oriundo das complicações das DCNT. Adjunto a isso, o reforço na criação de programas e projetos que objetivem a prevenção de sintomas relacionados ao esgotamento emocional e o monitoramento a fatores de riscos e seus

determinantes são levados em consideração para o estabelecimento de uma linha de cuidado que visa à assistência integral aos idosos que convivem com doenças crônicas e que, em virtude da mesma, se encontram em situações de grande estresse emocional (MALTA *et al.*, 2014).

No tocante ao apoio social, esse se mostra eficaz pois constata a importância do papel da sociedade, família, amigos e profissionais de saúde no combate as enfermidades, bem como os sintomas característicos do esgotamento emocional advindo destas, sendo nesse contexto um importante indicador para a qualidade de vida e o bem-estar desses indivíduos, proporcionando apoio moral e psicológico diante dos diagnósticos até então estabelecidos. Essas redes de apoio junto a práticas diárias saudáveis proporcionam aos idosos um suporte extremamente necessário (ARAGÃO *et al.*, 2017).

4. CONCLUSÃO

Entende-se que as doenças crônicas têm ganhado projeção global, com destaque no estabelecimento de metas que objetivam sua prevenção, controle e redução ao máximo possível. A atuação intersetorial de todas as esferas do governo e da sociedade são extremamente necessárias para o sucesso almejado perante o estabelecimento dessas metas e diretrizes. Entre as quais, inclui-se o controle dos fatores de riscos para as DCNT, uma análise sobre o impacto dos determinantes sociais como renda, educação, gênero, etnia, ocupação e acessos aos serviços de saúde nos indicadores de saúde e seu reflexo sobre a saúde mental de indivíduos idosos.

Logo após o diagnóstico da doença crônica, independentemente de sua natureza, é de extrema importância a atuação imediata da equipe assistencial para que haja uma correta abordagem perante aos riscos à saúde mental e aos fatores estressores decorrentes da mesma. E que haja também um olhar mais holístico na identificação de sinais que fazem referência a alterações de humor decorrentes desses fatores, para que então haja a elaboração de planos de cuidados adequados a realidade de cada indivíduo.

Essas informações advertem para a necessidade da criação de políticas públicas que busquem uma integralidade no cuidado, em todo o seu contexto, com ações efetivas, e um sistema de saúde articulado e comprometido com a qualidade de vida da população idosa.

5. REFERÊNCIAS

ARAGÃO, E.I.S. *et al*. Distintos padrões de apoio social percebido e sua associação com doenças físicas (hipertensão, diabetes ou mentais no contexto da atenção primária). Ciência & Saúde Coletiva, v. 22, p. 2363, 2017.

BRASIL. Estatísticas Sociais. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas, 2018. Disponível em: https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/20980-numero-de-idosos-cresce-18-em-5-anos-e-ultrapassa-30-milhoes-em-2017. Acesso em: 08 abr. 2020.

CONTE, M. *et al*. Encontros ou desencontros: histórias de idosos que tentaram suicídio e a rede de atenção integral em Porto Alegre/RS, Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, v 20, p. 1741, 2015.

FAGUNDES, I.V.O. *et al*. Transtorno mental comum em idosos com doenças crônicas não transmissíveis na atenção primária**.** Ciência, Cuidado e Saúde, v. 19, p. 1, 2020.

Fundo de população das Nações Unidas. Envelhecimento no século XXI: celebração e desafios. Nova York, 2012. Disponível em: https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Portuguese-Exec-Summary_0.pdf. Acesso em: 08 abr. 2020.

GARCIA, B.N. *et al.* Saúde mental dos idosos na atenção primária: uma análise das percepções dos profissionais de saúde. Revista Kairós – Gerontologia, v. 20, n. 4, p. 153, 2017.

MACHADO, W.D. *et al*. Idosos com doenças crônicas não transmissíveis: um estudo em grupo de convivência. Revista Ciência & Saberes, v. 3, n. 2, p. 444, 2017.

MALTA, D.C. *et al*. Doenças crônicas não transmissíveis e a utilização de serviços de saúde: análise da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil. Revista Saúde Pública, v. 51, p. 1, 2017.

MALTA, D.C. *et al*. Doenças crônicas não transmissíveis e o suporte intersetoriais no seu enfrentamento. Ciência & Saúde Coletiva, v. 19, n. 11, p. 4341, 2018.
MOLINA, N.P.F.M. *et al*. Qualidade de vida e morbidades entre idosos com e sem indicativo de depressão. Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde, v. 7, n. 2, p. 54, 2018.

OLIVEIRA, M.S.S. Saúde mental do idoso com enfoque na depressão. Revista e-ciência, v. 4, p. 26, 2017.

RODRIGUES, R.A.P. *et al*. Síndrome da fragilidade entre idosos e fatores associados: comparação de dois municípios. Revista Latino Americana de Enfermagem, e:3100, p. 1, 2018.

SILVA, J.V.F. *et al*. A relação entre o envelhecimento populacional e as doenças crônicas não transmissíveis: sério desafio de saúde pública. Ciências Biológicas e da Saúde, v. 2, p. 91, 2015.

SILVA, P.A.S. *et al*. Prevalência de transtornos mentais comuns e fatores associados em idosos de um município do Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, v. 23, p. 639, 2018.

SOUZA, M.M. *et al*. Terceira idade e saúde mental: contribuição da psicologia para a saúde mental no projeto feliz idade. Arquivo Brasileiro de Educação Física, v. 1, p. 37, 2018.

Capítulo 41

GESTÃO DA RADIOPROTEÇÃO NO CONTEXTO DA QUALIDADE HOSPITALAR NO SUS

Roseli Delfino[1], Teresa leal[2]

[1]Pós-graduanda em Docência da Ciência da Saúde. Tecnóloga em Gestão Hospitalar, Curitiba/Pr. *http://lattes.cnpq.br/1629669148656959*.
[2]Docente Colaboradora, Faculdade Inspirar, Curitiba/Pr.

***Palavras-chave**: Radioproteção, segurança, qualidade, saúde*

1. INTRODUÇÃO

Em 08 de Novembro de 1985 um cinquentenário professor e pesquisador da Universidade de Wurzburg na Alemanha, Wilhelm Conrad Roentgen, observou durante suas pesquisas uma emissão de luz, a qual denominou como raios x. Os raios ultrapassavam tanto seu livro quanto sua mão e a mão da esposa foi sua primeira radiografia. Conquistou um prêmio Nobel por possibilitar um grande avanço na medicina diagnóstica (OKUNO, 2018). Mas foi Henri Becquerel, que pertencia a uma ilustre família de cientistas, que despertou grande interesse da comunidade científica no final do século XIX pela sua descoberta. No laboratório de seu pai, Henri Becquerel realizou suas primeiras pesquisas, quase todas sobre óptica e muitas delas no período de 1882 a 1897 sobre fosforescência. Entre outras coisas, estudou a fosforescência invisível (no infravermelho) de várias substâncias. A descoberta da radioatividade por Henri Becquerel aconteceu em 1896 com a possibilidade da revelação do filme fotográfico pela emissão de minério de urânio, o que possibilitou logo depois a separação química do elemento rádio, aumentando a intensidade das emissões, denominando então por elétrons, partículas *alfa* e raio *gama* (DANIEL & RIBEIRO, 2014).

Já a Marie Sklodowska, estudante entusiasmada, conseguiu aos 24 anos estudar em Sorbonne, o que na época era muito difícil para as mulheres. Marie se formou em física e matemática e casou-se com Pierre Curie, um cientista conhecido pela descoberta da piezoeletricidade juntamente com seu irmão Jacques Curie. Pierre, após seu casamento, iniciou suas pesquisas com Marie, quando registraram a extração de um novo metal radiativo

que batizaram como polônio, referenciando sua origem. Mais tarde, após vários ensaios experimentais descobriram o rádio. O Prêmio Nobel de Física foi concedido em 1903 a Marie Curie por estudos relacionados à radioatividade e foi dividido com seu marido Pierre Curie e Henri Becquerel. Em 1911, Marie recebeu o seu segundo prêmio Nobel.

Diante desse contexto pelo fato de não conhecer as consequências dos elementos descobertos, vários pesquisadores da época sofreram pelo uso da radiação ionizante. Um exemplo clássico é a morte de Marie Curie em 04 de Julho de 1934 veio a falecer de anemia aplástica devido ao tempo de exposição à radiação (Okuno, 2018), dessa forma foi necessário um olhar mais atento ao seu manuseio e exposição.

Em 1966, houve o primeiro progresso no desenvolvimento do instrumento de radiologia em prol da mamografia. Em 1971, ocorreu a primeira ferramenta de tomografia computadorizada, transformando a radiologia convencional já existente em um equipamento de apoio ao diagnóstico e possibilidades de estudos relacionados ao corpo internamente. Esses avanços tecnológicos apresentaram não somente benefícios, mas a sua utilização foram os causadores de danos em pesquisadores, médicos, pacientes e indivíduos expostos a esse tipo de radiação (MOTA, 2018). Dessa forma os pesquisadores científicos da área passaram então a um olhar diferenciado para os trabalhos com materiais radioativos e principalmente no uso na medicina a qual foram feitas descobertas que revolucionaram a área da saúde.

2. A ESTRATÉGIA NACIONAL PARA A QUALIDADE NA SAÚDE

Devido aos avanços sofridos ao longo das décadas, a qualidade passou a ser um fator diferencial. Nos serviços de saúde voltado a assistência aos pacientes, pode se dizer que a qualidade depende muito da equipe multidisciplinar e da infraestrutura que a instituição de saúde oferece, a gestão de serviços conta muito para que seus resultados sejam um destaque no ramo hospitalar. De acordo com PASCHE, PASSOS & HENNINGTON (2011), muitos avanços se destacaram na trajetória da construção do Sistema Único de Saúde (SUS), principalmente em relação à universalidade e à descentralização, também a necessidade de se aperfeiçoar na implantação do sistema de suas diretrizes como a respeito à igualdade de direitos (equidade).

O primeiro relato no Brasil direcionado a melhoria e organizações nos hospitais, foi mencionado por Odair Pedroso em 1935 através de um documento conhecido como Inquérito Hospitalar, entregue ¨para a Comissão de Assistência Hospitalar do Ministério da Saúde,

substituída posteriormente pelo Serviço de Medicina Social, hoje extinto (FELDMAN & GATTO & CUNHA, 2005). O Ministério da Saúde, através das Normas e Portarias, busca desenvolver o tema de Qualidade e Avaliação Hospitalar desde os anos de 1970. Com o intuito da regulamentação, objetiva a implantação de um conjunto de ações ideais e que seja possível monitorar o atendimento à saúde no Brasil, de 1989 até os dias atuais, para a Organização Mundial da Saúde – OMS. A acreditação se tornou plano estratégico para progredir com a qualidade na América Latina e em 1990 foi realizado um pacto entre a Organização Pan-Americana de Saúde - OPAS, a Federação Latino Americana de Hospitais e o Ministério da Saúde (FELDMAN & GATTO & CUNHA, 2005), no intuito de criar o Manual de Diretrizes e Padronização da Acreditação para a América Latina.

O conceito de qualidade em saúde é considerado como, estruturas, processos e resultados (DONABEDIAN, 1992). É preciso ressaltar os conceitos durante o processo de acreditação, mensurar os resultados através de indicadores, é preciso ser visível e esclarecido todas as ações realizadas nas instituições e devem ser explicito para aqueles que executam as ações. As vantagens do processo da acreditação são significativas para as melhorias contínuas, assistência qualificada, valorização das competências dos colaboradores, educação continuada e segurança para os pacientes e para os profissionais.

De acordo com Delfino (2020), o significado de qualidade passou por diversas fases de definições e é dependente do que se tem como referência na atualidade. A educação continuada por exemplo, pode vir a ser incluida como ponto estratégio na área de medicina diagóstica pois é através do atendimento humanizado e qualificado que a instituição terá a possibilidade de realizar a satisfação e fidelização do paciente. Delfino

(2020) também menciona que o Brasil é considerado um país referência em hospitalidade e seus habitantes têm a imagem de serem hospitaleiros como virtude.

Na área da saúde é fundamental um atendimento humanizado aos paciente e familiares em seu tratamento. Quando isto acontece, promove a qualidade e destaca a instituição no ramo hospitalar.

Nos dias atuais uma gestão eficiente é um ponto estratégico na fidelização do cliente, pois é preciso um atendimento direcionado e personalizado como ponto chave para o crescimento de uma empresa. De acordo com Campos De Oliveira (2012) um Programa de Garantia da Qualidade em Radiodiagnóstico (PGQR) pode ser definido como o conjunto de ações sistemáticas e planejadas visando garantir a confiabilidade adequada quanto ao funcionamento de uma estrutura, sistema, componentes ou procedimentos, deve baseia-se de

acordo com as normas em vigor, fazendo a monitoração das doses recebidas pelo profissionais e pacientes um destaque para se sobresair no ramo de diagnóstico a saúde.

3. O SUS E O USO DAS RADIAÇÕES EM EXAMES

Da Silva e colaboradores (2019) relatam que o SUS oferece diversos serviços, em anexo estãos os exames radiodiagnósticos e que o Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES) e o Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil (DATASUS) trabalham em conjunto no fornecimento de descrição de equipamentos que é preciso para se realizar os exames e quais estão disponíveis para se utilizar no setor publico. O autor também menciona que a criação do programa SUS, tem como base o atendimento igualitário as pessoas, tendo como base os seus princípios nos quais são: universalidade, integralidade, igualdade, esse sistema foi desenvolvido pela vigilância sanitaria que influiu na criação desse programa, dessa forma procura-se equipamentos que forneça exames de qualidade que auxilie no tratamento diagnóstico tanto na rede público e privado.

Visto a grande evolução tecnológica dos equipamentos e suas aplicações na medicina levaram à necessidade de que estudos mais profundos relativos às radiações ionizantes fizessem parte da formação de médicos, físicos, técnicos, engenheiros, enfermeiros, profissionais da Saúde Pública e técnicos das autoridades reguladoras. Nesse sentido, a Organização Mundial de Saúde (OMS) elaborou uma publicação, em 1958, propondo um currículo mínimo sobre radiações ionizantes, a ser incluído nos cursos de pós-graduação de profissionais da área médica, bem como para os que trabalhavam com saúde pública (organização mundial de saúde, 1958b). Logo, em seguida, foi publicado o TRS 155, que ressalta a relevância da inclusão do tema de radiações ionizantes nos cursos de graduação em medicina (organização mundial de saúde, 1958a), devido à importância e riscos das radiações ionizantes para a saúde. Nesse mesmo sentido, foi publicada, em 1968, a base de referência para a formação dos profissionais de física médica (organização mundial de saúde, 1968).

No Brasil, inicia-se o Banco de dados do Sistema Único de Saúde (DATASUS), referentes a 2004. Entre as dez primeiras causas de mortalidade, sete têm no radiodiagnóstico uma das principais fontes de informação para a diagnose (doenças cerebrovasculares, agressões, pneumonia, acidentes de transporte, neoplasias malignas de traqueia, brônquios e pulmões, neoplasia maligna do estômago e neoplasia maligna da mama).

Assim, com o grande avanço tecnológico o Brasil tem possibilitado avanços no acesso à Saúde. Aparelhos de alta complexidade — tomógrafos computadorizados, ressonância magnética, ultrassom e mamógrafo —, antes restritos aos grandes centros, estão hoje em todos os estados do país. Porém, mesmo assim, ainda se tem uma distribuição desigual que atinge as redes pública e privada. No SUS, encontramos estados que ainda não dispõem de tomógrafos suficientes para atingir a taxa recomendada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e usada pelo Ministério da Saúde. Na rede privada, oferece equipamentos para usuários de planos de saúde, para pacientes que o SUS encaminha mediante pagamento e para os que pagam diretamente ao estabelecimento, mesmo assim ainda temos um número reduzido

De acordo com Andrade (2017), a Constituição Federal Brasileira aborda sobre a diminuição da desigualdade na sociedade afim de almejar que seja realizado a prática e seja realizado e fornecido os exames e tratamentos de graça e integral de acordo com os direitos sociais. Pires (2010) ressalta que é necessário uma estruturação mais organizada em relação a equalizar as ofertas diminuindo dessa forma os obstáculos que permeiam aos usuários de baixa renda do SUS, nada adianta ter conhecimentos se a incorporação das tecnologias são insuficientes de insumos capazes de atender a demanda existente, dessa forma não se resulta no atendimento de equidade e de qualidade pelo SUS.

4. LEIS VIGENTES SOBRE A PROTEÇÃO RADIOLÓGICA

Okuno (2013), define a radiação como a energia que se deriva de uma nascente que emite de alguns meios, sendo de origem artificial ou natural. Como exemplos de energia natural, podemos citar os raios solares, alguns componentes do solo, do ar, da comida e até da água, na energia de origem artificial podemos citar a radiação artificial encontra-se nos exames radiológicos médicos e odontológicos. Os valores das doses são medidos com um detector Geiger-Mueller (GM) e então comparados aos limites de doses individuais preconizados na legislação brasileira vigente e aos registros da monitoração individual realizada por dosimetria termoluminescente (TLD), Tabela 1.

Tabela 1 - Dosagem e efeitos da radiação

Dose (rem)	Efeito
250 - 1000	Dosagem de 1000 rem: DL (dose letal) de 100%. Dosagem de 250 rem: DL 50%. Doses intermediária: diarreias, vômitos, hemorragias, queimaduras na pele, danos na medula óssea, desenvolvimento de tumores, mutações genéticas, entre outros efeitos. Estes são proporcionais ao nível de radiação ao qual o indivíduo foi exposto.
< 250	São observados os mesmos efeitos das doses mais altas, no entanto sua intensidade é menor. Dosagem de 200 rem: DL 100% para embriões e fetos.
Doses baixas (5 rem)	Assintomático. Pessoas sensíveis apresentam enjoo. Há riscos de desenvolvimento de tumores, mutações e envelhecimento precoce.

Fonte: Leal *et al*, 2020.

Depois de 20 anos decorrido da descoberta do raio x, e que foi compravada que sua exposição pode ser agressiva ao tecido humano, Röentgen Society aconselhou sobre proteção no uso para os trabalhadores, sendo assim o início da constituição da radio proteção (HUHN, 2014). Após as observações relacionadas com as pessoas envolvidas foi verificado que a radiação ionizante pode apresentar tanto um benefício como o comprometimento da saúde. Assim, verificou-se a necessidade de regulamentação/implantação de normas visando o bem-estar humano e a preservação do meio ambiente (HUHN *et al*, 2012).

De acordo Coutinho, (2014) em 1940 as leis orgânicas eram voltadas a formação de profissionais que trabalhavam com agricultura, comércio, professores e na indústria, também foi decretado através da Lei nº 8.778/46 a normalização de parteira e auxiliares de enfermagem já com a Lei nº 4.024/61 houve a legislatura com objetivo na formação de profissionais da saúde. Com a Lei nº 1.234 os auxiliares dos médicos que exerciam as atividades que aprendiam apenas com os médicos na prática, foram denominados como operadores de raio x.

Huhn (2014) afirma que: "No Brasil, a preocupação com proteção radiológica inicia-se em documento oficial, em 1978, com as diretrizes da Segurança e Medicina do Trabalho, determinadas pela Portaria nº 3.214, de 8 de junho de 1978". Alguns anos depois em 1987 em Goiânia/GO houve um acidente em uma clínica abandonada onde havia um cabeçote de equipamento de radiologia com cápsula de elemento radiativo denominado Césio-137. Dois

catadores de papel levaram uma parte do equipamento para o quintal de sua casa para revender no ferro velho, foi destruído a marteladas, devido a exposição os dois foram contaminados passando mal no mesmo dia do ocorrido. Quatro pessoas faleceram e inúmeras ficaram com sequelas. Como houve grande divulgação na mídia nacional e internacional muitas adaptações foram feitas em relação a proteção ao raio x (OKUNO, 2013).

A implantação da Portaria SVS/MS nº 453/98, trouxe diretrizes ao radiodiagnóstico, tanto médico quanto odontológico, sendo obrigatório estabelecer um Programa de Proteção Radiológico (PPR), constando toda orientação de proteção aos riscos físicos e raios ionizantes, aos profissionais e aos pacientes. A este também deve ser anexado ao documento apresentado na vigilância para implantar um setor radiológico (OKUNO, 2014).

Pela Portaria 483/2005 aprovada a Norma Regulamentadora 32 (NR 32), que determina as medidas protetivas para o trabalhador conforme o agente nocivo a que ele é imposto e aborda sobre a exigência da implantação dos programas de prevenção de riscos ambientais (PPRA).

A Portaria 453/98 é direcionada aos serviços radiodiagnóstico e a NR 32 destina-se a Radioterapia e Medicina Nuclear. Diante desse contexto, os pesquisadores científicos ressaltam a importância da educação continuada sobre a segurança contra as radiações.

Muitos setores de instituições de saúde trabalham com equipamentos tecnológicos que emitem radiações e expõe de certa forma a equipe multidisciplinar, principalmente médicos e enfermagem. No setor de centro cirúrgico, o equipamento que contêm radiação nociva a saúde são arco cirúrgico e o raio x, essenciais as cirurgias ortopédicas, vasculares, cardíacas e neurocirurgias. Como citado por Leal (2019) o Brasil necessita de investigações e e maiores fiscalização no que diz respeito a radiação ionizante, apesar de oficialmente a organização da saúde reconhecer que doenças são relacionadas com a exposição de radiação como púrpura, doenças de pulmão, doenças de pele, tireóide, etc., pequenas doses de radiação não são bem esclarecidas quanto as consequências, pois também tem a hipótese de pré disposição dessas doenças como afirma Querido &Poveda (2015).

As doses de radiação são medidas por um monitor individual (dosimetro) que protege o colaborador de acordo com as leis preservando o trabalhador. Apesar dos membros da equipe de Enfermagem, como circulantes de sala, manterem-se mais afastados do campo operatório, isso não diminui o efeito cumulativo da exposição à radiação ao longo dos anos (QUERIDO & POVEDA, 2015).

Muitos colaboradores além dos técnicos de radiologia, enfermeiros e trabalhadores da area de saúde são expostos as radiações durante os procedimentos. Até os médicos que

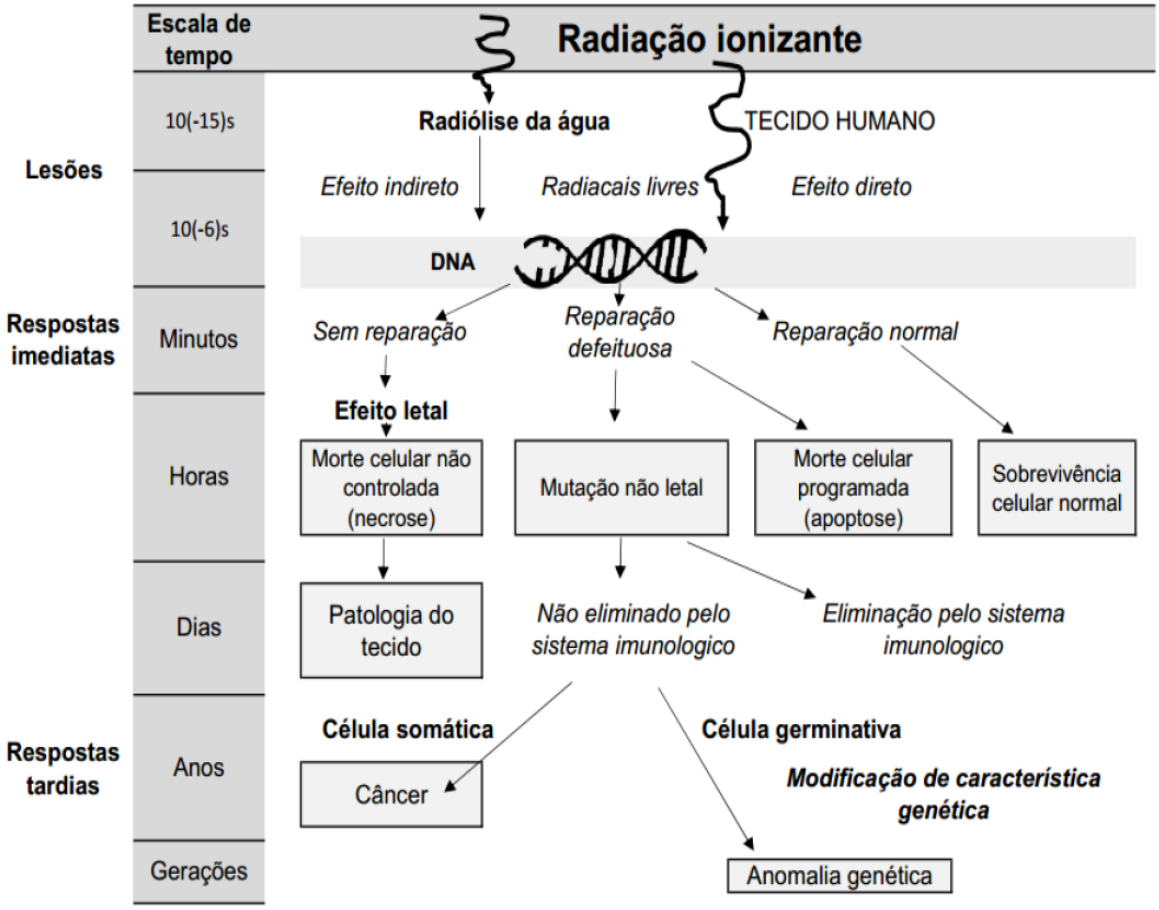
são expostos a certas doses, porém como muitos são tercerizados das instituições não recebem insalubridade de alto grau ou periculosidade. Muitos profissionais desconhecem seus direitos e seus benefícios e que são anparados pelas leis quando laboram em tarefas perigosas ou setores com uso de radiação, como definido e pela portaria expedida pelo Ministério do Trabalho (PORTELLA, 2015).

Conforme o Art. 192 – as atividades insalubres da o direito ao colaborador de do adicional de insalubridade equivalente a 40% grau máximo, 20% grau médio e 10% grau mínimo (BRASIL, 2014), este envolve colaboradores ligados diretamente ao uso das irradiações ionizantes como o radiodiagnóstico.

6. EFEITOS DA RADIAÇÃO NO USO EM MEDICINA

Komatsu, (2013) cita que os efeitos das radiações ionizantes no organismo humano resultam da deposição de energia no organismo irradiado, por meio de ionizações e excitações dos átomos e moléculas constituintes do mesmo. Os raios X e os raios *gama* em partes não são considerados agressivos, mas sim os elétrons que se derivam da ionização, pois podem vir a causar danos tanto biológicos como quimico. Quando a célula têm lesões no DNA pode prejudicar sua funcionalidade, e alguns processos podem ser regenerados como atomos ionizados podem voltar a ser neutros e moléculas danificadas podem ser reparadas por enzimas e algumas células podem se regenerar como afirma Komatsu, (2013). Caso o organismo não consiga se recompor as células ficam comprometidas causando mutações ou até a falência da celulas. Algumas células possuem uma quantidade de tolerância e conseguem se adaptar aos efeitos em relação a radiação ionizante no tecido corporal. Segundo Komatsu (2013) os resultados ou danos podem aparecer em horas, dias ou semanas após a exposição à radiação, nesses casos eles são classificados como efeitos imediatos, por outro lado, quando o resultado aparece após vários meses ou anos, ele é referido como efeito tardio, a Figura 1 ilustra as conseguências das irradiações na molécula.

Figura 1. Fluxograma que representa os diversos processos envolvidos na interação da radiação ionizante com as células do tecido humano e o tempo estimado para sua ocorrência.



Fonte: adaptada de TAUHATA *et al*., 2013.

Machado (2010) em seu artigo, afirma que o controle da exposição ocupacional pode ser feito dividindo as áreas em três tipos: área livre, controlada e supervisionada. O risco de se expor deve ser sempre mínimo na área livre para que seja controlado igualmente para com o público.

Na área controlada existe a necessidade de ser identificada com desenho (simbolo internacional) do uso de irradiação ionizante e o elemento químico que se está utilizando. Na área conntrolada é preciso ter uma atenção redobrada, fazer uso do comprimento das normas e promover segurança e proteção.

Thauata, 2013, relata em seu livro a necessidade de conhecimento dos princípios de radioproteção. São estes:

- ✓ **Justificação** – *Qualquer atividade envolvendo radiação ou exposição deve ser justificada em relação a outras alternativas e produzir um benefício líquido positivo para a sociedade*.

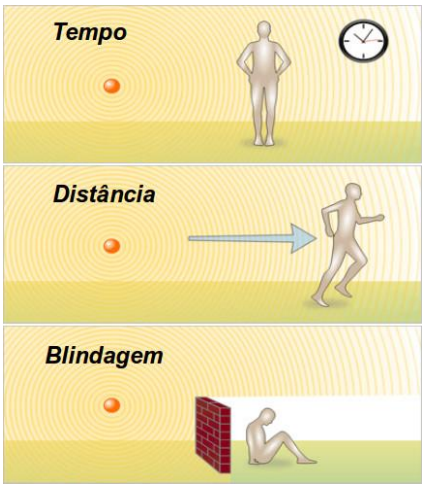
- ✓ **Otimização** – *O projeto, o planejamento do uso e a operação de instalações e de fontes de radiação devem ser feitos de modo a garantir que as exposições sejam tão reduzidas quanto razoavelmente exeqüivel (ALARA), levando-se em consideração fatores sociais e econômicos.*

- ✓ **Limitação da dose Individual** – *As doses individuais de trabalhadores e de indivíduos do público não devem exceder os limites anuais de dose equivalente estabelecidos em norma especifica.*

Contribui também a utilização dos três fatores de radioproteção, são estes: tempo, blindagem e distância. O tempo está totalmente relacionado à Proteção Radiológica / Radioproteção. Quanto mais tempo o indivíduo for exposto, maior a dose recebida pelo mesmo. Se o tempo de dose for dobrado, o quantitativo de dose também é dobrado. A distância entre a fonte emissora de radiação e o indivíduo é outro fator importante, a exposição à radiação diminui conforme maior a distância entre a fonte e o indivíduo. Assim sendo, quanto mais distante da fonte mais seguro está o indivíduo. A blindagem entre a fonte de radiação e o indivíduo é outra forma de proteção, reduzindo bastante o risco de exposição desnecessária para os profissionais e pessoas em geral. No Diagnóstico Por Imagem é comum a utilização de blindagens constituídas de chumbo, mas outros materiais também são utilizados, como o concreto por exemplo. Como ilustra a Figura 2.

Guidetti (2016) afirma que os principais efeitos biológicos a mutação, a carcinogênese, e sinais clínicos como eritema, náuseas, catarata e síndromes gastrointestinais, hematopoiéticas, cerebrais e pulmonares¨, muitos são os beneficios aos pacientes, mas o uso indiscriminado do radiodiagnóstico poderá trazer grandes conseguências aos pacientes e a equipe multidisciplinar,dessa forma o radiodiagnóstico traz muitos resultados como apoio na medicina mas deve-se considerar os efeitos nocivos e agressivos que os raios podem causar significar,a radiação pode ser prejudicial de forma diferente de acordo com o tipo de grupos, é recomendado que seja realizado treinamentos para que seja seguro a utilização da tecnica de radiodiagnóstico como beneficio a saude do paciente.

Figura 2 – Fatores de radioproteção.



Fonte: Internet, 2020.

O Gestor do setor de radiologico (imagem), deve ser capaz de identificar os problemas mais comuns no setor de Radiologia Hospitalar e as situações rotineiras que prejudicam a gestão do setor e afetam a qualidade dos serviços prestados conforme a percepção dos funcionários. Um plano de ação deve ser implementado de modo a resolver estes problemas atacando suas causas. A implantação de um programa de qualidade total e mapeamento dos processos e o fortalecimento da comunicação entre os demais setores geradores deve ser clara. A melhoria da qualidade total nos serviços prestados pelo setor de radiologia dos Hospitais é uma meta que deve sempre ser perseguida. A instituição deve associar um atendimento personalizado, com profissionais qualificados, oferecendo um serviço eficaz e competente. A integração dos equipamentos com as pessoas e a valorização dos funcionários dentro de uma estrutura organizada possibilitará o atendimento aos clientes tanto no tratamento de uma doença quanto na sua satisfação pessoal.

Leal *et al* (2020), enfatiza a importância do controle e das medidas de prevenção e proteção, do conhecimento e da capacitação por parte dos colaboradores. Ela em sua pesquisa utiliza biosensores para proteção dos colaboradores, clientes e também do meio ambiente em clínicas e hospitais, como uma medida preventiva, mais enfatiza a importância que os orgões de fiscalização devem desenvolver estratégias de para proteção e fiscalização.

Assim, verifica-se a importância da educação continuada, através dela, o trabalhador estará apto seguir as normas, tendo conhecimento dos seus direitos e deveres. Como estar seguro, utilizando os meios e os equipamentos necessários, tanto para sua monitoração e da área relacionada (com usos de dosimetros e equipamentos de proteção individual), para controle e qualidade dos serviços prestados e da segurança.

5. REFERÊNCIAS

ANDRADE, Z.T.M. Da efetivação do direito à saúde no Brasil. In: Âmbito Jurídico, Rio Grande, XIV, n. 86, mar. 2017.

BORGES, L.C. ASB e TSB - Formação e Prática da Equipe Auxiliar. Disponível em: BRAND, CTIC, FONTANA RT, & SANTOS, AVD. A saúde do trabalhador em radiologia: algumas considerações. Texto and Contexto Enfermagem. v. 20, p. 68, 2015.

BRASIL. ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária, Portaria do nº 453, Diretrizes de proteção radiológica em radiodiagnóstico médico e odontológico, de 1 de junho de 1998. Publicada em Diário Oficial da União em 02/06/1998.

BRASIL. CNEN - Comissão Nacional de Energia Nuclear, CNEN-NN-3.01, Diretrizes básicas de proteção radiológica. Portaria CNEN/PR 007 de 17/01/2006 (Alterações).Publicada em Diário Oficial da União em 18/01/2006.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm. Acesso em: 29 abril. 2020.

BUSHONG, S.C. Ciência radiológica para tecnólogos: física, biologia e proteção. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

COUTINHO, I.P. et al. Qualificação e Saúde dos Trabalhadores Técnicos em Radiologia: a percepção dos trabalhadores sobre a influência da formação nas práticas de segurança e saúde no trabalho. Tese de Doutorado. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/8583.2014.

COUTO FILHO, A.F. A realidade da saúde no Brasil. Boletim Jurídico, Uberaba/MG, a. 4, nº 190, 2016.

DA SILVA, M.F.; DE CARVALHO, W.A.S.; COSTA, C.D.D. Avaliação da disponibilidade de equipamento de diagnóstico por imagem em uso na cidade de Ceres - GO. Revista Eletrônica da Faculdade de Ceres, v. 8, n. 1, p. 20, 2019.

DE OLIVEIRA, P.M.C. Avaliação de parâmetros da qualidade de imagem e dosimetria de pacientes submetidos a exames radiológicos de tórax. Disponível em: http://hdl.handle.net/1843/BUBD-92WJN3, 2012.

DELFINO, R. Administração Teoria e Prática. Gestão de Hotelaria e Competências Organizacionais, Editora Pasteur, v. 1, 2020.

DELFINO, R. Competências Grupais de Biomédicos na Gestão de Hotelaria Hospitalar. Biomedicina - Curso Destaque. Editora Pasteur, v. 1, 2020

DONABEDIAN, A. The role of outcomes in quality assessment and assurance. Quality Review Bulletin, v. 18, p. 356, 1992.

FELDMAN L.B.; GATTO, M.A.F.; CUNHA, I.C.K. O. História da evolução da qualidade hospitalar: dos padrões a acreditação. Acta Paulista de Enfermagem, v. 18, n. 2, p. 213, 2005.

GUIDETTI, A.M. *et al*. O impacto da exposição à radiação nos exames de imagem para o paciente: revisão de literatura. CONNECTION LINE, n. 15, 2016.

HUHN, A. *et al*. Programa de proteção radiológica em um serviço hospitalar de radiologia. 2014.

HUHN, A.; MAIRESSE, A.P.; DERECH, R.D. A radiologia intensiva. Revista Intensiva, v. 38, p. 23, 2012.

KOMATSU, C.V. Avaliação da dose de radiação ocupacional em medicina nuclear nos exames de cintilografia de perfusão miocárdica. 2013. Dissertação de Mestrado. Universidade Tecnológica Federal do Paraná.

LEAL, T.C.S., OLIVEIRA A.A. Radioproteção na Área Biomédica. Biomedicina - Curso Destaque. Editora Pasteur, v. 1, 2020.

LEAL, T.C.S., et al. Evaluation of Mutagenic Effects in a Bioindicator from the Radiation Dose Rates Exposed in Radiological Clinics. International Journal of Bioinformatics and Computational Biology. v. 5, n. 1, p. 8, 2020.

MACHADO, M.A.D et al. Revisão: radioproteção aplicada à Medicina Nuclear. Revista Brasileira de Física Médica, v. 4, n. 3, p. 47, 2010.

MOTA, T.A.A. Cartilha de orientação a pacientes e profissionais de saúde sobre física de radiações e exames de radiodiagnósticos (raio x e tomografia). 2018.

OKUNO, E. Efeitos biológicos das radiações ionizantes. Acidente radiológico de Goiânia. Estudos Avançados, v. 27, n. 77, 2013.

OKUNO, E. Radiação: efeitos, riscos e benefícios. Oficina de Textos, 2018.

PASCHE, D.F. et al. Cinco anos da política nacional de humanização: trajetória de uma política pública. Ciência & Saúde Coletiva, v. 16, p. 4541, 2011.

PIRES, M.R.G.M. et al. Oferta e demanda por média complexidade/SUS: Relação com atenção básica. Ciência & Saúde Coletiva, v. 15, p. 1009, 2010.

PORTELLA, D.A. Os adicionais de insalubridade e periculosidade e a (im) possibilidade de cumulação. 2015.

QUERIDO, F.M.; POVEDA, V.D.B. Exposição da equipe de Enfermagem à radiação em centro cirúrgico: um estudo descritivo. Revista SOBECC, p. 2, 2015.

RABENSCHLAG, L.A. et al. Gestão da qualidade na assistência de enfermagem em unidade de clínica cirúrgica. Disponível em: http://repositorio.ufsm.br/handle/1/7430, 2014.

RIBEIRO, D.A.B. Antoine Becquerel. Revista de Ciência Elementar, v. 2, n. 2, p. 32, 2014.

TAUHATA, L. *et al*. Radioproteção e dosimetria: Fundamentos. Comissão Nacional de Energia Nuclear & Instituto de Radioproteção e Dosimetria, 2013.

Capítulo 42

DESENVOLVIMENTO DE NOVOS MEDICAMENTOS: DA ESCOLHA DO ALVO TERAPÊUTICO AO SEU LANÇAMENTO NO MERCADO

Melquisedeque R. Viana[1], Daniel D. R. Arcanjo[2], Maurício P. M. do Amaral[3]

[1]Discente do Dep. de Farmácia da Universidade Federal do Piauí, Teresina, PI, Brasil

[2]Docente do Dep. de Biofísica e Fisiologia da Universidade Federal do Piauí, Teresina, PI, Brasil

[3]Docente do Dep. de Farmácia da Universidade Federal do Piauí, Teresina, PI, Brasil

***Palavras-chave**: Estudos pré-clínicos; estudos clínicos; mercado farmacêutico.*

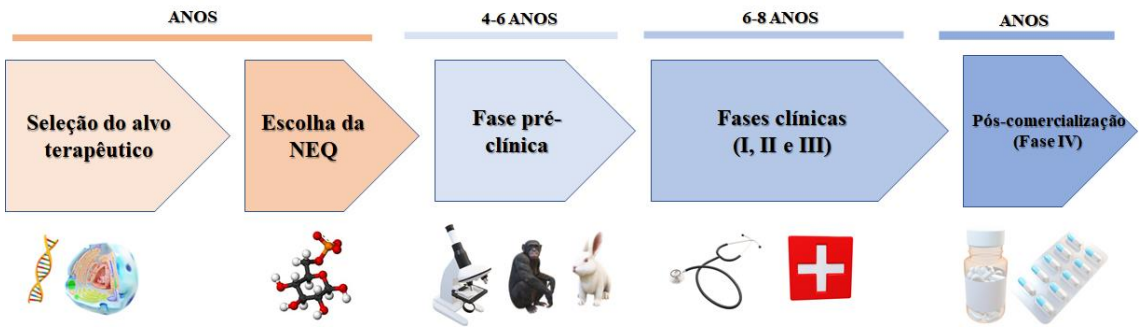
1. INTRODUÇÃO

No início do século XX a expectativa de vida do indivíduo era, em média, de 30,9 anos. Ao final desse mesmo século a expectativa de vida passou a ser de mais de 70 anos. Nesse período, tanto o maior acesso ao atendimento médico como o desenvolvimento de tecnologias para o diagnóstico e tratamento de doenças se tornaram não só uma realidade, mas, sobretudo, um direito para vários cidadãos em diversos países. Dentre as tecnologias desenvolvidas no século XX os medicamentos influenciaram diretamente o aumento na expectativa de vida. Antes do isolamento da insulina um paciente diabético, após seu diagnóstico, vivia, em média, mais 6 anos. A insulina aumentou em 13% a expectativa de vida de diabéticos tipo 2. Na década de 1950, a metformina, um hipoglicemiante oral, acrescentou mais 33% na expectativa de vida dos que sofriam dessa condição (MISHRA, 2016).

Os medicamentos lançados no século XX foram responsáveis por verdadeiras revoluções no tratamento de infecções bacterianas, hipertensão, úlcera gástrica e disfunção erétil. Atualmente, a AIDS já é considerada uma doença crônica e, provavelmente, o câncer, em breve, também será (DEEKS *et al.*, 2013; ATOR *et al.*, 2006). Com o aumento da

longevidade, determinados tipos de patologias, que anteriormente eram raras, se tornaram cada vez mais frequentes, como as neurodegenerativas (MISHRA, 2016). No enfrentamento desses novos desafios e na tentativa de melhorar terapias já existentes, novas entidades químicas (NEQ) são escolhidas e testadas por vários grupos de pesquisa espalhados pelo mundo. Contudo, estima-se que a cada 5000 moléculas submetidas a fase pré-clínica somente 5 entram nas fases clínicas e 1 chega as prateleiras das farmácias (QUENTAL & SALLES, 2006). O desenvolvimento de NEQs com potencial terapêutico é um processo complexo, multidisciplinar, demorado, e que exige um grande investimento sem a certeza de retorno. No presente capítulo, discorreremos sobre etapas necessárias para o desenvolvimento de um novo medicamento que consistem na seleção do alvo terapêutico, escolha da NEQ, fase pré-clínica (estudos *in vitro* e *in vivo*), fase clínica pré-registro (I, II e III) e fase clínica pós-comercialização (fase IV) (Figura 1). Além disso, falaremos, também, sobre os motivos de retiradas de medicamentos do mercado, os motivos do baixo investimento em doenças negligenciadas e sobre os custos da inovação farmacêutica.

Figura 1. Fases no desenvolvimento de novos medicamentos



Fonte: Adaptado de Hughes *et al.*, (2011)

2. ESCOLHA DO ALVO TERAPÊUTICO E DA NOVA ENTIDADE QUÍMICA (NEQ)

No início do século XX, o mundo não conhecia medicamentos desenvolvidos a partir de pesquisas científicas baseadas em segurança (toxicologia) e eficácia. Os medicamentos eram derivados, principalmente de plantas e quase não existiam substâncias sintéticas. Em 1906, nos Estado Unidos da América (EUA), após os casos de intoxicações com

medicamentos contaminados com dietilenoglicol, foi criada a *Food and Drug Administration* (FDA), a primeira agência de regulamentação de alimentos e medicamentos do mundo. Nesse período, foram propostos princípios para a condução de estudos científicos no desenvolvimento de novos medicamentos. Esses princípios, que posteriormente incorporaram também o código de Nuremberg, até hoje norteiam testes de segurança e eficácia. Clinicamente, uma NEQ pode falhar por não apresentar atividade ou por desencadear graves efeitos tóxicos. Atualmente, a definição prévia do alvo terapêutico e a escolha da NEQ permeiam princípios que ajudam a prevenir falhas futuras só vistas após o lançamento do medicamento no mercado. O alvo terapêutico é a molécula em que a NEQ irá se ligar, desencadeando resposta biológica que pode ser mensurada em estudos *in vitro* ou *in vivo*. Na descoberta e/ou escolha de uma NEQ podem ser citados os seguintes métodos: a descoberta por *Serendipity*, a estratégia baseada no estudo fisiopatológico da doença ou "farmacologia clássica" e a baseada na estratégia do alvo terapêutico ou "farmacologia reversa" (ANDRADE *et al*., 2016; BAN, 2006).

O termo *Serendipity* é um antigo nome árabe do Ceilão, atualmente conhecido como Sri Lanka e que deu origem a palavra "acaso". O *Serendipity* refere-se à descoberta ao acaso realizada em uma pesquisa com objetivos diferentes da descoberta. Ou seja, trata-se de uma descoberta acidental, porém feita por pesquisadores com anos de preparo prévio, capazes interpretar detalhes que sob um olhar destreinado passariam despercebidos. Foi nesse contexto que várias substâncias ativas foram descobertas (ex. meprobamato, clorpromazina, imipramina, sildenafil e etc.). A seguir um exemplo clássico de descoberta por *Serendipity*. Em 1928, quando um médico e microbiologista escocês retorna ao seu laboratório no hospital S*t. Mary*, em *King Cross*, Londres, nota que esqueceu uma cultura de *Staphillococcus* e que o crescimento da cultura foi interrompido devido à contaminação por fungos. O fungo, em questão, era do gênero *penicillum* e o cientista era Alexander Fleming. A contaminação da cultura e a observação de que tal contaminação inibiu o crescimento bacteriano é sem dúvida uma das maiores e mais revolucionárias descobertas da farmacologia. A descoberta acidental realizada por Alexander Fleming iniciou a antibioticoterapia e salvou a vida de muitos pacientes que sofriam de infecções graves causadas por bactérias (BAN, 2006). Note que, apesar de acidental, a descoberta só vingou devido a atenção prestada por Alexander Fleming ao fato. Precisamos nos perguntar: i) Será que alguém sem treinamento em microbiologia e medicina seria capaz de interpretar corretamente a inibição do crescimento bacteriano? ii) Essa pessoa relacionaria corretamente a contaminação com a inibição do crescimento bacteriano? iii) Essa pessoa seria capaz de concatenar a aplicação terapêutica dessa

descoberta? Certamente a resposta é não. Alexander Fleming foi a pessoa certa, no lugar certo.

Na estratégia fisiopatológica as NEQs são caracterizadas e escolhidas de acordo com seus efeitos em ensaios que mimetizam a doença em células, tecidos e animais. Em laboratório, e com modelos validados, é feita uma simulação de fenótipos característicos da doença. Sobre esses fenótipos a resposta biológica desencadeada pela NEQ é comparada com grupos de medicamentos considerados padrão. A alteração do fenótipo da doença pode ocorrer pela ação da NEQ sobre um alvo definido (ex. receptores, fatores de transcrição, proteínas do citoesqueleto, enzimas etc.), ou sobre vários alvos. Um ponto que deve ser considerado é que a alteração do fenótipo da doença por ativação de vários alvos pode acarretar efeitos colaterais, o que seria indesejado.

Já o modelo do alvo terapêutico é voltado ao estudo da NEQ sobre um alvo específico (ex. receptores, proteínas, enzimas, canais iônicos etc.). A partir da determinação do alvo, o modelo testa um grande número de moléculas em um curto período de tempo, fornecendo informações sobre potenciais mecanismos de toxicidade. As moléculas com maior potencial terapêutico são chamadas de *hits*. As informações de toxicidade dos *hits* podem ser usadas na modelagem de NEQs com posterior reavaliação toxicológica *in vitro* e *in vivo*. As moléculas que passam por essa "peneira", entram na última etapa de otimização da molécula conhecida como *leads*. Nessa etapa o potencial candidato a novo medicamento é rastreado quanto a cardiotoxicidade, genotoxicidade, potencial interação droga-droga (IDD), bem como risco de toxicidades agudas e crônicas. Essa forma de abordagem acelera os estudos pré-clínicos, pois há um conhecimento prévio da relação estrutura e atividade (REA) e seu potencial toxicológico. Porém, embora a especificidade seja algo desejável e apresente NEQs como bons candidatos, essa abordagem pode incorrer em falhas nos estudos clínicos, pois a maioria das doenças são de cunho multifatorial (ex. Alzheimer, asma, diabetes etc.) (MOHS &GREIG, 2017; ANDRADE *et al*., 2016).

3. ESTUDOS *in silico*

O uso de ferramentas computacionais na escolha e modelagem de um candidato a medicamento é chamado de teste *in silico*. Assim, esse modelo consiste em fazer simulações computacionais que levam a sugestões e hipóteses de uma NEQ ideal. A redução do tempo dos experimentos e seu baixo custo são vantagens que devem ser ressaltadas com o uso desse

método. Estudos de REA, toxicidade, etapas farmacocinéticas como absorção, distribuição, metabolismos e excreção (ADME) podem ser simulados nos estudos *in silico* reduzindo a quantidade de animais nos estudos *in vivo* (ANDRADE *et al*., 2016). Estudos farmacodinâmicos também podem ser realizados. Os estudos *in silico* podem prever a estrutura 3D de uma proteína a partir de sua sequência de aminoácidos. Isso, geralmente, pode ser alcançado usando diferentes tipos de abordagens, uma delas é a modelagem "comparativa" ou "homologia". O método baseia-se no fato de que a conformação estrutural de uma proteína é mais amplamente conservada do que sua sequência de aminoácidos e que pequenas ou médias alterações na sequência normalmente resultam em pouca variação na estrutura 3D. O desenvolvimento do modelo de homologia é um processo que corresponde as seguintes etapas: i) Identificação do modelo; ii) Alinhamentos de sequência única ou múltipla; iii) Construção do alvo em modelo 3D; iv) Refinamento do modelo, análise de alinhamentos, exclusões e inclusões de lacunas e v) Validação do modelo (VYAS *et al*., 2012).

Dentro do estudo *in silico*, a docagem molecular é um outro tipo de abordagem e consiste em simular, em computador, a melhor conformação de acoplagem entre uma NEQ e a molécula alvo. Logo, a NEQ pode ser moldada com base na estrutura da molécula alvo (ligante-receptor). O conhecimento da molécula receptora permite a realização de uma triagem virtual de moléculas ligantes. Essa triagem envolve comparações entre candidatos a novo medicamento e um grande banco de dados de moléculas, o que permite, portanto, selecionar a NEQ ideal. Em resumo, os estudos *in silico*, podem contribuir para avaliação de REA, estudos de ligante-receptor, modelagem de farmacóforos, produzir dados voltados a melhoria da hidrossolubilidade e lipossolubilidade, volume de distribuição, ligação com proteína plasmática e interações enzimáticas do citocromo P450 (CYP450). Os estudos *in silico* contribuem enormemente para os estudos *in vitro* e *in vivo* orientando suas concepções e desempenhos (MAKHOURI & GHASEMI, 2018).

4. FASE PRÉ-CLÍNICA

4.1. Estudos *in vitro*

O estudo *in vitro* deve ser considerado como uma das primeiras fases no desenvolvimento de um novo medicamento. Logo, quando da definição do alvo terapêutico,

a NEQ que se mostrar promissora, é, então, submetida a testes pré-clínicos para avaliação do seu potencial biológico. Para avaliação *in vitro* de uma NEQ, existe uma gama de linhagens de células de origem humana ou de murinos. Diversos aspectos, dentre estes, a proliferação celular, morte celular, alteração no perfil de proteínas, sinalização celular, mudanças de expressão de genes, alterações de ciclo celular podem ser reproduzidos em laboratório com o uso dessas linhagens (ASTASHKINA *et al*., 2012).

Os estudos *in vitro*, também conhecidos como estudos em cultura ou cultivo de células, podem, em suas metodologias, usar: células primarias, células estabelecidas e células transformadas. A cultura de célula primária é obtida a partir do crescimento de células que foram retiradas de fragmentos de um tecido submetido à desagregação mecânica ou enzimática. Esse tipo de cultura é importante quando o objeto do estudo depende da observação do efeito da NEQ sobre características celulares originais como as genotípicas e fenotípicas. As células primárias que conseguem manter suas características possuem um tempo de vida muito curto, contudo podem dar origem a células contínuas ou estabelecidas. As células estabelecidas são células que conseguem se adaptar ao cultivo e que conseguem proliferar mesmo após vários repiques. Por possuírem uma sobrevida mais longa em cultura, quando comparadas às células primárias, são bastante utilizadas em estudos *in vitro* como no desenvolvimento de vacinas. As células transformadas, por sua vez, são células que perderam suas características genéticas se transformando em células diferentes morfologicamente do tecido original. Tais células podem ser transformadas por ação de agentes físicos, químicos e biológicos como um vírus, por exemplo. A transformação celular resulta da alteração genética que desencadeia uma mutação em genes responsáveis pelo ciclo celular. Assim, uma célula pode ser transformada para superexpressar ou para inativar um gene específico estabelecido como um alvo terapêutico (PHILIPPEOS *et al*., 2012; STACEY & MACDONALD, 2001).

4.2. Estudos *in vivo*

Apesar dos avanços recentes nas técnicas de estudos *in vitro* (como a técnica em 3D que mimetizam estruturas de tecidos) ainda não é possível, no desenvolvimento de novos medicamentos, aposentar o uso de animais. Isso devido a necessidade de uma visão sistêmica do comportamento da NEQ em meio à complexidade fisiológica do organismo vivo (ex. *crosstalk* celular, interações entre órgãos, descargas hormonais, metabolismo microbiano e

até mesmo alterações de fluxo sanguíneo). Os estudos *in vivo* devem ser considerados como uma fase posterior aos estudos *in vitro*. Portanto, a escolha da espécie animal deve ser realizada com base nos resultados de estudos *in vitro*, como também, em dados fisiopatológicos da doença. Nesse contexto, espécies como ratos, camundongos, coelhos e cachorros são as mais comumente utilizadas, em conformidade com modelos amplamente validados (SWEARENGEN, 2018). De forma geral, os modelos *in vivo* reproduzem a patologia para qual se está testando a NEQ através de um ensaio laboratorial validado. Entre os estudos *in vivo* a mimetização de um processo fisiopatológico pode ser obtido através de: i) introdução de um invasor ao organismo; ii) Indução por uma substância química e iii) Utilização de espécies geneticamente modificadas (ANDRADE *et al*., 2016). Dessa forma, existem modelos de estudos *in vivo* para diversas patologias como as doenças neurodegenerativas, gastrointestinais, cardiovasculares, infecciosas entre outras. Os estudos *in vivo* não são capazes de reproduzir fielmente todos os sinais de um processo fisiopatológico, mas são essenciais para que sejam tomadas decisões sobre a segurança da NEQ e a continuidade dos estudos em humanos (LEENAARS *et al*., 2019)

4.3. Pontos positivos e negativos dos estudos *in vitro* e *in vivo*

Como já comentado, o efeito promissor de uma NEQ no estudo *in vitro* não assegura a mesma resposta em modelos *in vivo* ou nas fases clínicas. Porém, existem pontos positivos que devem ser destacados e que consistem em vantagens quando comparados aos estudos *in vivo*, como: i) A não necessidade de aprovação ética; ii) É mais econômico pois não possui gastos com a manutenção de biotério; iii) A amostra é homogênea e iv) O ambiente é controlado, algo muito importante no que se refere a respostas com um menor índice de interferências. Contudo, os estudos *in vitro* não são alheios a críticas. Podem ocorrer equívocos na escolha da metodologia de estudo, perda de características das células, alterações significativas em respostas *in vivo* fruto de diferenças entre meio nutricional, hormonal, vários fatores bioquímicos e fisiológicos inerentes a organismos multicelulares (PHILIPPEOS *et al*., 2012).

Já o uso de experimentos *in vivo* há tempos vem contribuindo para a descoberta de mecanismos básicos de várias patologias, da própria fisiologia humana, de terapias que melhoraram a qualidade de vida do ser humano e, indiretamente, dos próprios animais (BARRÉ-SINOUSSI & MONTAGUTELLI, 2015). Os estudos *in vivo* também não são

isentos de falhas e existe a possibilidade de falso positivo e falso negativo (JUSTICE & DHILLON, 2016). Tomemos aqui, como exemplo, um caso clássico de falso negativo. No início da década de 1960, a talidomida foi lançada para ser um medicamento sedativo no tratamento de mulheres grávidas. Apesar de ter sido testada em ratos não foi observado a presença de má formação congênita em fetos. A grave resposta incongruente entre o estudo *in vivo* e clínico se deve ao metabolismo placentário em mulheres ser diferente de ratos fêmeas. No metabolismo placentário de mulheres grávidas há uma predisposição pela estrutura levógira da molécula racêmica de talidomida. Essa seletividade metabólica levou a formação de fetos humanos com focomelia caracterizado por braços e pernas em formato de nadadeiras semelhantes às de uma foca (VARGESSON, 2015). Esse tipo de falha preditiva não é rara e deve ser considerada nas fases clínicas. Em uma revisão sobre efeitos tóxicos de medicamentos para o tratamento de câncer e sua predição em pacientes, Greaves e colaboradores observaram que: i) Em cada 10 (dez) casos de efeitos tóxicos cardiovasculares em cães e macacos, 1(um) não é observado em humanos; ii) Macacos são mais resistentes a vômitos que cães, algo a se considerar na escolha da espécie animal e estudos com antineoplásicos; iii) A mielotoxicidade é um evento adverso com boa correlação entre roedores, cães e humanos e iv) Os eventos adversos relacionados à pele são os de menos previsibilidade e menos confiáveis quando replicados em humanos. Na comparação entre as principais espécies utilizadas nos estudos *in vivo*, os pesquisadores, concluíram que os cães são os que possuem a melhor predição (GREAVES *et al*., 2004).

5. FASES DE ESTUDOS CLÍNICOS

5.1. Fase I

Uma vez que a NEQ obtém aprovação nos estudos anteriores é iniciado a sua avaliação clínica. A fase I é responsável por investigar a segurança e a dose inicial para o tratamento em seres humanos. O número de pacientes envolvidos nessa fase é pequeno quando comparado com as outras fases e consiste em 10 a 100 voluntários sadios. Não existe uma exigência de grupo placebo para essa fase. Porém, quando presente, o grupo placebo é formado por um número pequeno de sujeitos. No grupo placebo é utilizado um veículo idêntico ao do grupo em que a NEQ foi preparada, porém sem a NEQ. Por ser realizada em um grupo pequeno de sujeitos a fase I não permite a obtenção de uma quantidade suficiente

de informações a respeito de eventos adversos mesmo após a administração de várias doses. Porém, é possível através de uma administração de doses crescentes estabelecer uma dose máxima tolerável. Nessa fase, pode-se determinar um perfil farmacocinético assim como realizar estudos de biodisponibilidade. Para isso, são realizadas coletas de sangue, urina e fezes. Dentre as fases clínicas essa é a realizada em menos tempo. A fase I transcorre, em média, em 1 ano e meio (ATOR *et al*., 2006; QUENTAL & SALLES, 2006).

5.2. Fase II

Nessa fase é dado continuidade aos estudos de segurança iniciados na fase anterior, e, para tal, é necessário um aumento na quantidade de indivíduos participantes. A fase II é dividida em "a" e "b". A fase II limita-se em determinar algum grau de eficácia da NEQ. A fase IIb consiste em um estudo mais amplo envolvendo um número maior de pacientes. Entre 50 a 500 pacientes voluntários são submetidos ao estudo que pode contar com um delineamento experimental do tipo *open label*, cego ou duplo cego. Nos estudos *open label* tanto o paciente quanto o pesquisador sabem quem está recebendo a NEQ e quem está recebendo placebo. Nos estudos cegos somente os pesquisadores sabem em quem foi administrada a NEQ e o placebo. Já o estudo duplo cego transcorre sem que pacientes e pesquisadores saibam quem recebeu o placebo e quem recebeu a NEQ. Nessa fase, a utilização de um grupo placebo é de extrema importância, especialmente no desenvolvimento de medicamentos em que a interferência psicológica pode ser um fator decisivo na qualidade dos resultados como, por exemplo, na pesquisa por NEQs que agem sobre o sistema nervoso central (SNC) (ATOR *et al*., 2006).

Usualmente são utilizados 3 a 4 grupos compostos por 2 grupos controles (placebo e uma droga padrão já utilizada no mercado), e 2 ou 3 grupos com doses diferentes da NEQ. Se os grupos da NEQ e da droga padrão não apresentarem efeito estatístico significativo frente ao grupo placebo o estudo incorreu em falha. O uso da droga padrão é um parâmetro imprescindível para uma decisão sobre a NEQ como um avanço ou não na terapia já praticada. Outro parâmetro que deve ser considerado se refere ao número de pacientes. Quanto maior o número de pacientes maior é a possibilidade de se observar eventos adversos. Um maior número de pacientes pode ser obtido coma incorporação de mais centros de pesquisas. Cada centro pode acompanhar 40 ou mais pacientes por grupo. Quanto mais pacientes menos econômico é o estudo. Por outro lado, quanto mais centros, maior a

oportunidade para variabilidade nos resultados. A fase II dura, em média, 2 anos e uma vez estabelecido o grau de eficácia em um número suficiente de pacientes é, então, planejada a fase III (HORIEN & YUAN, 2017; ATOR *et al*., 2006).

5.3. Fase III

Se na fase anterior não era necessário a participação de vários centros de pesquisa, a fase III é, obrigatoriamente, um estudo multicêntrico. Os estudos são desenvolvidos em um período que pode chegar a 5 anos e conta com uma quantidade de, pelo menos, 1000 pacientes. O delineamento do estudo é voltado ao mercado farmacêutico com detalhes direcionados para a regulamentação da NEQ. Assim, a pesquisa é realizada com pacientes que possuem a mesma patologia do mercado farmacêutico pretendido para o novo medicamento. Logo, os grupos testes recebem as doses que se mostraram mais promissoras e seguras nas fases anteriores; os testes são realizados frente ao grupo placebo em um modelo cego ou duplo cego e a pesquisa ocorre com a fórmula padrão contendo todos os registros e detalhes de sua fabricação. Os dados de fabricação são extremamente importantes para posterior regulamentação do medicamento e envolvem requisitos que vão desde a escolha dos fornecedores da matéria prima até padrões de rotulagem. Como um estudo multicêntrico a fase pode envolver milhares de pacientes e há uma intensa busca por informações sobre interações medicamentosas. Todas as informações colhidas nessa fase compõem um dossiê protocolado no órgão que avaliará a possibilidade de registro para posterior comércio. No Brasil, a agência de vigilância sanitária (ANVISA) é responsável por tal função (QUENTAL & SALLES, 2006; ATOR *et al*., 2006).

5.4. Fase IV (pós-comercialização)

Nessa fase, que tem o objetivo de se observar a eficácia do medicamento, não existe um período determinado para o fim do estudo. A fase IV é iniciada após o registro e liberação do medicamento no mercado. Nela, novas indicações para o medicamento podem surgir. Quanto mais tempo o medicamento permanece no mercado maiores são as informações sobre sua segurança e eficácia. Por exemplo, a indicação do ácido acetilsalicílico como uma gente antiplaquetário, em doses menores, só foi considerada após anos de sua presença no mercado. Além disso, aspectos econômicos também são importantes para serem avaliados, como por

exemplo, se o novo medicamento trouxe vantagem terapêutica frente as opções terapêuticas já disponíveis. Assim, o uso da cimetidina, que inibe competitivamente a ação da histamina nos receptores H_2 das células parietais e consequentemente a secreção gástrica, agregou vantagens terapêuticas a ponto de reduzir o número de cirurgias para úlcera gástricas. Um avanço tanto para a qualidade de vida de pacientes quanto para a sociedade, uma vez que o tempo e os custos como pós-operatório se tornaram desnecessários (QUENTAL & SALLES, 2006; ATOR *et al*., 2006). Logo, as funções da fase IV podem ser resumidas da seguinte forma: i) Apoiar os sistemas de farmacovigilância no monitoramento da segurança de novas intervenções usadas em grandes populações e em grupos específicos que não foram estudados adequadamente nas fases de pré-comercialização, como crianças, mulheres grávidas, idosos ou pessoas com comorbidades; ii) Determinar a eficácia de uma intervenção na rotina de um sistema de saúde e iii) Avaliar estratégias de uso de produtos como as novas indicações terapêuticas (SMITH *et al*., 2015).

6. PRINCIPAIS MOTIVOS DE RETIRADA DE MEDICAMENTOS APÓS SEU REGISTRO E LIBERAÇÃO

Mesmo após o registro e liberação do medicamento existe a possibilidade de que este não permaneça muito tempo no mercado. Vários motivos podem levar a essa decisão, passando por questões graves de segurança como: morte, falta de eficácia e problemas relativos ao processo de fabricação como questões regulatórias e comerciais. Uma revisão realizada por Onakpoya e colaboradores (2016) discorre sobre os principais motivos que levaram a retirada de 462 medicamentos do mercado farmacêutico mundial entre o período de 1953 e 2013.Entre os principais motivos estão a hepatotoxicidade e reações imunomediadas. Reações como essas são responsáveis por 30% das decisões de retiradas de medicamentos. Outros motivos também são citados, como os eventos cardiovasculares, neurológicos e hematológicos. Também existe uma estimativa de que entre 1974 e 2000, houve 11% a menos de sucesso na introdução de um novo medicamento no mercado. Nesse período, 3% de todos os medicamentos disponíveis foram retirados. O custo de retirada de um medicamento novo do mercado é estimado em 804 milhões de dólares o que faz com que as etapas de desenvolvimento de um novo medicamento se tornem cada vez mais rigorosas com o intuito de evitar prejuízos futuros para o fabricante (SIRAMSHETTY *et al*. 2016; ASTASHKINA *et al*., 2012).

7. OS CUSTOS DA INOVAÇÃO E O MERCADO FARMACÊUTICO

Desenvolver um novo medicamento do zero é um desafio, acima de tudo, econômico. Os estudos *in vitro* e *in vivo*, normalmente são desenvolvidos academicamente enquanto os estudos clínicos, na maioria dos casos, contam com financiamentos privados. As fases mais onerosas consistem nas fases clínicas, sendo estas responsáveis por mais da metade dos custos do desenvolvimento do novo medicamento. Do montante que é mundialmente aplicado em inovação farmacêutica, 56,7% corresponde aos ensaios clínicos e 40,4% à pesquisa básica. No total, e em média, os custos podem chegar a 172,1 milhões de dólares. O investimento é alto e, além disso, é um risco, quando se considera a possibilidade de mesmo um candidato que apresentou um perfil de segurança e eficácia em todas as fases anteriores ao seu lançamento, ser retirado do mercado ou sofrer restrições drásticas de uso. Apesar dos riscos no investimento e da incerteza de retorno, os possíveis lucros sobre a descoberta de uma NEQ são altos. A margem de lucro de uma NEQ de sucesso pode variar entre60 e 100%. Isso se o medicamento, realmente, agregar vantagens terapêuticas aos tratamentos já em vigor. O sildenafil, um exemplo de medicamento que agregou vantagem terapêutica, estava sendo desenvolvido para o tratamento da hipertensão arterial. Seus efeitos colaterais levaram a uma mudança no alvo terapêutico e sua introdução no mercado se voltou para o tratamento da disfunção erétil. Com apenas6 meses de registro na FDA, o sildenafil já acumulava mais de 5,3 milhões de prescrições (QUENTAL & SALLES, 2006; MCCULLOUGH, 2002).

Por se tratar de um mercado onde a inovação tecnológica pode ser um fiel da balança entre o fracasso e altos lucros, a patente é uma estratégia que merece destaque. A patente é uma forma de defesa comumente aplicada pela indústria farmacêutica sobre a concorrência. Dentre as estratégias utilizadas estão o *blocking* (onde a patente é incorporada para silenciar seu uso) e o *fencing* (que consiste na aquisição de qualquer tipo de tecnologia que possivelmente possa ser utilizada pelo seu concorrente). Entre os países que mais investem na descoberta e inovação farmacêutica estão os EUA com 22,79% de registro anual de patentes e os países europeus com 29,26%. Na Europa, a Alemanha, França, Reino Unido e a Suíça são responsáveis por 57% das patentes. Os outros países que se destacam são os orientais Japão com 6,03% e a China com 7,09%. O Brasil, infelizmente passa longe quando comparado aos grandes países na inovação farmacêutica. Com apenas 0,06% das patentes farmacêuticas do mundo o Brasil fica atrás de países como a Índia com 0,67%. A péssima

posição do Brasil no cenário de inovação farmacêutica se deve, provavelmente, ao fato do país ter optado por um complexo industrial voltado à produção de patentes expiradas ao invés do investimento em novas tecnologias. Ao optar por produzir medicamentos pensados em problemas globais e não locais, esquecemos de fazer o dever de casa e com isso continuamos convivendo com doenças que poderiam estar, de certa formam, controladas ou quem sabe erradicadas (AKKARI *et al*, 2016; MORGANA *et al*., 2011).

8. O BAIXO INVESTIMENTO EM DOENÇAS NEGLIGENCIADAS

Segundo a Organização Mundial de saúde (OMS) mais de 1 bilhão de pessoas estão infectadas com uma ou mais doenças negligenciadas, o que representa 1 sexto da população mundial. Segundo Oliveira (2018) doenças negligenciadas são doenças que não só prevalecem em condições de pobreza, mas também contribuem para a manutenção de um quadro de desigualdade, já que podem ser consideradas um forte entrave para o desenvolvimento de um país. Doenças como dengue, doença de chagas, esquistossomose, hanseníase, leishmaniose, malária e tuberculose são exemplos de doenças negligenciadas. No mundo, as doenças negligenciadas são responsáveis por em torno de 5,6 milhões de mortes e pela perda de 166 milhões de anos de vida ajustados a incapacidade de indivíduos (IPEA, 2011). Apesar dos grandes avanços científicos que levaram ao aumento na expectativa de vida no século XX, as doenças negligenciadas persistem em países em desenvolvimento. Essa persistência se deve a falhas na produção de conhecimento científico; falhas no mercado que se volta para a produção de medicamentos e vacinas de alto custo e falhas na saúde pública que dificulta a distribuição e o acesso de pessoas sem poder aquisitivo às opções terapêuticas disponíveis (OLIVEIRA, 2018).

Uma das principais razões para que as doenças negligenciadas ainda persistam, se deve ao pouco interesse das indústrias farmacêuticas pelo tema. O investimento em doenças negligenciadas acarreta pouco retorno financeiro, já que a população mais atingida vive abaixo da linha de pobreza. Estudos demonstram que menos de 10% do que é investido globalmente em pesquisa de saúde (sejam NEQs ou tecnologias de diagnóstico) envolvem doenças negligenciadas. Além disso, dentre as doenças negligenciadas existem aquelas que são mais negligenciadas que outras, pois recebem ainda menos financiamento. Essa falta de interesse fica evidente quando se compara o que alguns tipos de canceres recebem de investimento e o que é destinado para pesquisa de doenças negligenciadas. Se pegarmos,

como exemplo, a dengue, uma doença endêmica no Brasil, o investimento global gira em torno de 249 milhões de dólares enquanto somente o câncer de próstata recebe 284 milhões. Em pior situação encontra-se a hanseníase. São investidos na pesquisa para o tratamento da hanseníase somente 8 milhões de dólares, para o câncer de fígado 74 milhões (VIERGEVER, 2013).

O Brasil, através dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), assumiu o compromisso de eliminar a hanseníase, malária, tuberculose e o HIV/AIDS ainda nas duas primeiras décadas do século XXI. Desde 2003 ações coordenadas pelo Ministério da Saúde, através de oficinas de discussões, vem aumentando gradualmente o investimento em pesquisas para o combate a doenças negligenciadas. Os primeiros editais publicados para esse fim foram o da tuberculose em 2003, dengue em 2004 e hanseníase em 2005. Um grande avanço no investimento em pesquisas de doenças negligenciadas foi a criação do Programa de Pesquisa para o SUS (PPSUS) que promove financiamento de pesquisa de forma descentralizada em todos os estados brasileiros. Estima-se que entre 2003 e 2008, foram financiados 203 projetos com um investimento total de 10,6 milhões de reais. Atualmente, o Brasil é considerado o país em desenvolvimento que mais tem investido em pesquisa e desenvolvimento (P&D) para o tratamento de doenças negligenciadas. Os investimentos são crescentes e já ultrapassam 75 milhões de reais ao ano. Porém, apesar dos esforços do Brasil a falta de interesse das indústrias farmacêuticas se torna um entrave no desenvolvimento e materialização de um medicamento de baixo custo e acessível a população (OLIVEIRA, 2018; IPEA, 2011).

9. CONCLUSÃO

O homem moderno está vivendo mais que seus iguais em séculos anteriores. A isso, muito se deve as inovações farmacêuticas ocorridas no século XX. Viver mais significa que alguns desafios já foram superados ou, pelo menos, amenizados. Mas, viver mais nos apresenta a novos desafios. Doenças antes não muito comuns começam a ser mais frequentes como o Parkinson e o Alzheimer. Atualmente, somos mais sedentários que em épocas passadas. A obesidade aumentou em diversos países, não só nos mais desenvolvidos e está já é considerada uma epidemia. Além disso, vivemos em um mundo em que o acesso a uma grande quantidade de informações e dados é algo que deve ser considerado na gênese de patologias como a ansiedade. Alternativas mais seguras para o tratamento de diversas

patologias do SNC e uma memória mais competente e ágil é uma das demandas para este e o próximo século. Será que o desenvolvimento de uma NEQ agregará avanço terapêutico real com uma simples administração oral? Contudo, como vimos nos tópicos desse capítulo, o processo é demorado e necessita de aportes financeiros contínuos, especialmente quando nos referimos a doenças há muito negligenciadas.

10. REFERÊNCIAS

AKKARI A.C.S. *et al*. Inovação tecnológica na indústria farmacêutica: diferenças entre a Europa, os EUA e os países farmaemergentes. Gestão & Produção. v. 23, n. 2, p.365, 2016.

ANDRADE E.L. *et al*. Non-clinical studies required for new drug development - Part I: early *in silico* and *in vitro* studies, new target discovery and validation, proof of principles and robustness of animal studies. Brazilian journal of medical and biological research. v. 49, n. 11, e5644, 2016.

ASTASHKINA A. *et al*. A critical evaluation of in vitro cell culture models for high-throughput drug screening and toxicity. Pharmacology therapeutics. v. 134, n. 1, p. 82, 2012.

ATOR M.A., *et al*. Overview of Drug Discovery and Development. *In*: Current Protocols in Pharmacology. v. 35, Chapter 9: Unit 9.9, 2006.

BANT. A. The role of serendipity in drug discovery. Dialogues in clinical neuroscience v. 8, n. 3, p. 335, 2006.

BARRÉ-SINOUSSI F., MONTAGUTELLI X. Animal models are essential to biological research: issues and perspectives. Future science OA. v. 1, n. 1, p. 4, 2015.

DEEKS S.G., *et al*. The end of AIDS: HIV infection as a chronic disease. Lancet. v. 2, n. 382, p. 1525, 2013.

GREAVES P., *et al*. First dose of potential new medicines to humans: how animals help. Nature Reviews Drug Discovery. v. 3, n. 3, p. 226, 2004.

HORIEN C., YUAN P. Drug development. Yale Journal of Biology and Medicine. v. 90, n. 1, p. 1, 2017.

HUGHES J.P. *et al*. Principles of early drug discovery. British Journal of Pharmacology v. 162, n. 6, p. 1239, 2011.

IPEA – INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. Epidemiologia das doençasnegligenciadas no brasil egastos federais commedicamentos. Brasília: Ipea, 2011. IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=8064> 22 de maio de 2020.

JUSTICE M. J., DHILLON P. Using the mouse to model human disease: increasing validity and reproducibility. Disease Models & Mechanisms. v. 9, p. 101, 2016.

LEENAARS C.H.C., *et al*. Animal to human translation: a systematic scoping review of reported concordance rates. Journal of Translational Medicine. v. 17, n. 223, 2019.

MAKHOURI F.R., GHASEMI J.B. *In Silico* Studies in drug research against neurodegenerative diseases. Current neuropharmacology. v. 16, n. 6, p. 664, 2018.

MCCULLOUGH, A.R. Four-year review of sildenafil citrate. Reviews in urology. v. 4, n. 3, p. 26, 2002.

MISHRA S. Does modern medicine increase life-expectancy: Quest for the moon rabbit? Indian Heart Journal, v. 68, n. 1, p. 19, 2016.

MOHS R.C., GREIG N.H. Drug discovery and development: Role of basic biological research. Alzheimers Dement (NY). v. 3, n. 4, p. 651, 2017.

MORGANA S. *et al*. The cost of drug development: A systematic review. Health Policy. v. 100, n. 1, p. 4, 2011.

OLIVEIRA R.G. Sentidos das doenças negligenciadas na agenda da saúde global: O lugar de populações e territórios. Ciência & Saúde Coletiva, v. 23, n. 7, p. 2291, 2018.

ONAKPOYA I.J. *et al*. Post-marketing withdrawal of 462 medicinal products because of adverse drug reactions: a systematic review of the world literature. BMC Medicine. v. 14, n. 10, 2016.

PHILIPPEOS C. *et al*. Introduction to cell culture. Methods in Molecular Biology. v. 806, p. 1, 2012.

QUENTAL C., SALLES F.S. Ensaios clínicos: Capacitação nacional para avaliação de medicamentos e vacinas. Revista Brasileira de Epidemiologia, v. 9, n. 4, p. 408, 2006.

ROBUCK P.R., WURZELMANN J.I. Understanding the drug development process. Inflammatory Bowel Diseases, v. 11, n. 1, p.13-16, 2005.

SIRAMSHETTY V.B. *et al*. WITHDRAWN - A resource for withdrawn and discontinued drugs. Nucleic Acids Research. v. 4, n. 44, p. 1080, 2016.

SMITH P.G., *et al*. Phase IV studies: *In*: Field Trials of Health Interventions: A Toolbox. 3rd edition. Oxford (UK): OUP Oxford, 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK305508/ >, Acesso em: 27 de maio de 2020.

STACEY G., MACDONALD C. Immortalisation of primary cells. Cell Biology and Toxicology. v. 17, n. 4-5, p. 231, 2001.

SWEARENGEN J.R. Choosing the right animal model for infectious disease research. Animal Models and Experimental Medicine. v. 1, n. 2, p. 100, 2018.

VARGESSON, N. Thalidomide-induced teratogenesis: history and mechanisms. Birth defects research. Part C, Embryo Today: Reviews. v. 105, n. 2, p. 140, 2015.

VIERGEVER R.F. The mismatch between the health research and development (R&D) that is needed and the R&D that is undertaken: an overview of the problem, the causes, and solutions. Global Health Action. v. 6, p. 22450, 2013.

VYAS V.K. *et al*. Homology modeling a fast tool for drug discovery: Current perspectives. Indian Journal of Pharmaceutical Sciences.v. 74, n. 1, p. 1, 2012.

Capítulo 43

PERSPECTIVAS NO PROCESSO DE INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIAS NO BRASIL: UM OLHAR CRÍTICO

Laércio S Gomes[1], Luis FL Matos[1], Eduardo Lima Feitosa[1], Francisco T dos SS Júnior[1], Guilherme BL de Freitas[2,3]

[1]Discente do Curso de Farmácia, Universidade Federal do Piauí (UFPI), Teresina/PI, Brasil.

[2]Liga Acadêmica de Química Medicinal e Farmacologia (LAQUIMF), Universidade Federal do Piauí (UFPI), Teresina/PI, Brasil.

[3]Docente do Dpto. de Bioquímica e Farmacologia, Universidade Federal do Piauí, Teresina/PI, Brasil.

Palavras-chave: *Estudos pré-clínicos; Estudos clínicos; Mercado farmacêutico*.

1. INTRODUÇÃO

Um dos grandes desafios dos gestores em saúde de praticamente todos os sistemas de saúde do mundo está na escolha e na incorporação de novas tecnologias de saúde seguras, eficazes e com custo-efetividade compatíveis com a sua realidade (OMS, 2011). Decisões equivocadas podem ser lesivas tanto para os cofres públicos, quanto para a saúde e o bem-estar da população. Diante disso, programas de Avaliação de Tecnologias em Saúde (ATS) mostram-se como uma alternativa viável para superar esses obstáculos, essas tecnologias em saúde vão desde medicamentos, produtos, equipamentos à procedimentos técnicos e protocolos assistenciais (MOLINO *et al*., 2019).

ATS realiza análises sistemáticas de propriedades, efeitos e/ou impactos da tecnologia em saúde, com o objetivo de formular políticas que promovam a tomada de decisões racionais e coerentes (LIMA *et al.*, 2019; OMS, 2011). Órgãos de saúde internacionais (Organização Mundial de Saúde e Organização Pan-Americana da Saúde) incentivam ATS, pois a enxergam como uma forma de maximizar o impacto positivo das intervenções na saúde da população (MOLINO *et al.*, 2019; OMS, 2011; OPAS, 1998).

No Brasil, a Lei nº 12.401/2011 pode ser considerada como um divisor de águas em relação às tecnologias em saúde. Essa regulamentação alterou a Lei Orgânica da Saúde, nº 8.080/1990, e dispôs sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2011). Além disso, instituiu a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias em Saúde (Conitec), substituindo a Comissão de Incorporação de Tecnologias (CITEC). As principais mudanças da CITEC para Conitec estão descritas na Tabela 1.

A Conitec é assessorada pelo Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias e Inovação em Saúde (DGITIS), a qual tem como principais funções assistir o Ministério da Saúde (MS) nas questões relacionadas à incorporação, exclusão ou alteração de tecnologias em saúde pelo SUS. Ela obedece rigorosamente aos critérios impostos, pautados em evidências científicas que comprovem a eficácia, acurácia, efetividade, segurança e o custo-efetividade da tecnologia comparado com às tecnologias já existentes. Há a exigência do registro prévio do produto junto a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Portanto, a Conitec atua de forma ativa na constituição ou alteração de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) (CONITEC, 2020; BRASIL, 2011).

O processo de incorporação de novas tecnologias segue um fluxo devidamente estabelecido, onde cada fórum da estrutura de funcionamento da Conitec possui uma função firmada pelo DECRETO Nº 7.646, de 21 de dezembro de 2011, obedecendo uma sequência lógica, que vai desde o recebimento do pedido de incorporação até publicação no Diário Oficial da União, como pode ser visto na Figura 1.

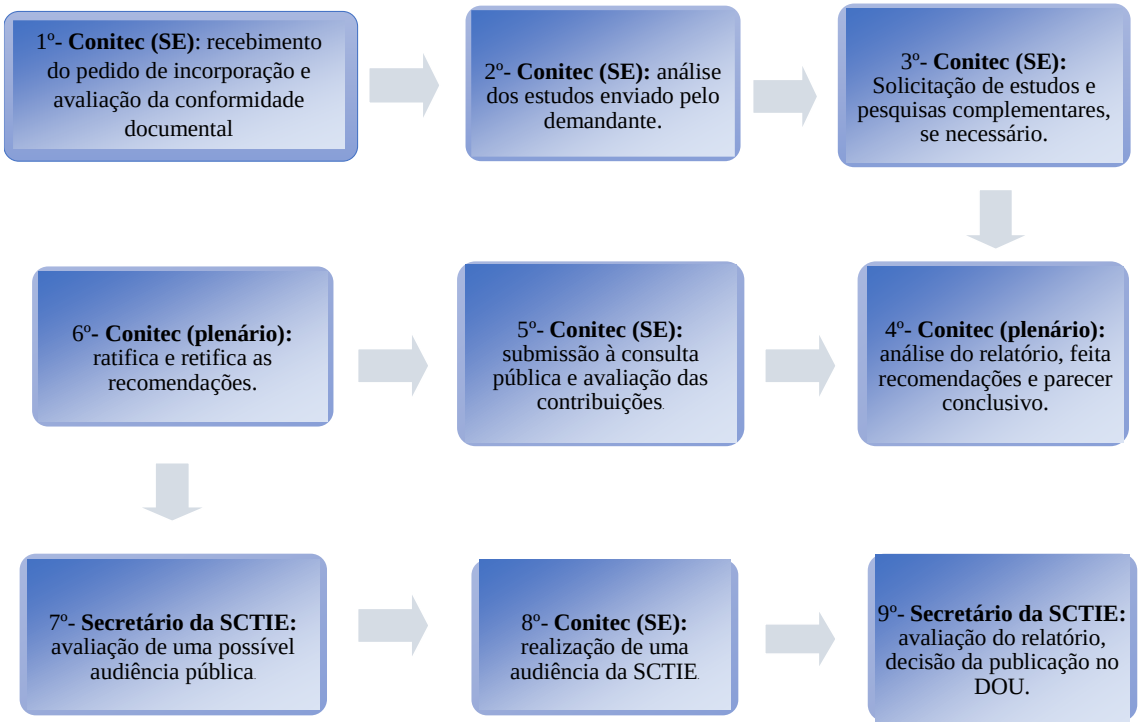
Tabela 1. Mudanças CITEC para Conitec.

Características	CITEC	Conitec
Nome	Comissão de Incorporação de Tecnologias do Ministério da Saúde - CITEC.	Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS - Conitec
Instrumento legal	Portaria nº 2.587, de 30 de outubro de 2008.	Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011, que alterou a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
Composição da Comissão	Colegiado, Grupo Técnico Assessor e Grupos de Trabalho Permanentes.	Plenário e Secretaria-Executiva
Composição do colegiado/plenário	Cinco (5) titulares e 5 suplentes representando as seguintes entidades/órgãos: ANVISA; ANS; SAS; SVS; SCTIE.	Treze (13) titulares com 1º e 2º suplentes representando as seguintes
Confidencialidade e conflito de interesses	Os membros da CITEC firmavam termo de confidencialidade e declaração de conflito de interesse relativamente aos assuntos deliberados no âmbito da CITEC.	Não mudou. Todos os membros do plenário ou da Secretaria Executiva devem firmar termo de confidencialidade e declaração de conflito de interesse relativamente aos assuntos deliberados no âmbito da Conitec.
Documentos exigidos	Não havia exigência de documentos para protocolizar processos na CITEC.	Incluem-se entre os documentos exigidos:

Realização de consulta pública	Não havia a obrigatoriedade de realização de consulta pública sobre as matérias avaliadas.	A Conitec submete à consulta pública todas as matérias em avaliação.
Realização de audiência pública para decisão final sobre o mérito	Não havia a realização de audiência pública sobre as matérias avaliadas	O Secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde pode solicitar a realização de audiência pública sobre temas em avaliação, caso julgue necessário.
Prazo máximo de análise de processos e recomendação da comissão	Não havia prazo.	O prazo máximo para avaliação de processo pela Conitec não deverá ser superior a 180 (cento e oitenta) dias, contado da data em que foi protocolizado o pedido, admitida prorrogação por 90 (noventa) dias corridos, quando as circunstâncias exigirem. Considera-se a decisão do Secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde sobre o pedido formulado no processo administrativo como o termo final para fins de contagem desse prazo.
Prazo para efetivar a oferta ao SUS	Não havia prazo para efetivar a oferta ao SUS.	A partir da publicação da decisão de incorporar medicamento, produto ou procedimento, ou mesmo protocolo clínico e diretriz terapêutica, as áreas técnicas do MS têm prazo máximo de 180 (cento e oitenta) dias para efetivar a oferta ao SUS.

Fonte: Conitec, 2020.

Figura 1. Fluxograma para incorporação de novas tecnologias do sistema de saúde.



Legenda: SCTIE- Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos,SE - Secretaria-Executiva.
Fonte: CONITEC, 2020.

2. DIFERENÇA ENTRE CONITEC E OUTRAS ATS NO MUNDO INTRODUÇÃO

Outros países com sistema público de saúde, como Austrália, Canadá, e Reino Unido, também utilizam programas de Avaliação de Tecnologias em Saúde, mediante a realocação de seus recursos públicos finitos e da própria sustentabilidade do sistema (SANTOS, 2010; LIMA *et al.*, 2019; WHO, 2011). Levando em consideração da imaturidade no sistema de incorporação brasileiro em relação aos dos modelos já consolidados, a Conitec necessita de várias mudanças e melhorias em sua estrutura, principalmente para potencializar a eficácia e resolutividade.

Quando comparado com outras ATS ao redor do mundo, o sistema de incorporação brasileiro apresenta-se diferente dos demais países que adotam esse mesmo tipo de programa. Segundo Lima *et al.*, (2019) as principais diferenças que se pode elencar são: a relação à possibilidade de apresentação de recursos da decisão final (presente no Reino Unido e no Brasil); avaliação do programa (inexistente no Brasil);

seleção de temas (inexistente no Brasil); o período para disponibilização da tecnologia após publicação da decisão (presente no Brasil e no Reino Unido). Uma sugestão de seção a ser apresentada, seria da implementação de uma etapa pré-seleção ou priorização de temas a serem analisados, como visto em muitos países com ATS modelo (PINSON; THIELKE & KING, 2011), o que poderia conferir maior transparência ao processo. Dentre os critérios utilizados nessa etapa estão: impacto orçamentário; impacto clínico; natureza controversa da tecnologia proposta; carga da doença; impacto econômico; nível de ímpeto do governo, profissionais de área da saúde e pacientes); variação na taxa de utilização (PINSON; THIELKE & KING, 2011).

Outra grande diferença está na constituição dos membros do plenário da Conitec, composto por representantes de Secretarias do Ministério da Saúde, agências reguladoras e demais entidades, que são subordinadas em sua maioria ao Ministério da Saúde, enquanto nos países com sistema similar a nomeação é respaldada das meritocracia técnicas necessárias para a avaliação das demandas, independente de vínculo institucional, o que leva alguns autores questionarem a independência das análises (SANTOS, 2010; LIMA *et al.*, 2019; SOUZA & SOUZA, 2018).

Um modelo a ser observado seria o do Canadá, país federativo de dimensões continentais, com sistema de saúde público, universal e regionalizados que mundialmente é visto como referência mundial na implementação desse tipo de política (PICON; BELTRAME & BANTA, 2013; BELLANGER; PICON & STUWE, 2015). Diferentemente do Brasil que tem medidas mais centralizadas, no Canadá, as decisões sobre o processo para implementação das tecnologias de avaliação são do governo federal e as de incorporação são descentralizadas. Nesse tipo de sistema as decisões e priorizações relativas são a nível regional, tendo como subsequente o repasse de recursos direto às províncias, e de lá para regiões de saúde e servidores locais (SILVA & ELIAS, 2019; MENON, 2014).

Com isso, os hospitais operam com um orçamento já estabelecido e tomam, em sua maioria, as decisões relativas à incorporação de tecnologias (MARTIN *et al.*, 2016). Outra característica observada e que precisa ser aprimorada em países onde programas de ATS é na consolidação vinculação com processos decisórios, uma vez que é uma fragilidade comum nesses modelos (ROSSELLI *et al.*, 2017).

Quanto ao processo interno de aprovação, os membros da Conitec afirmam ser muito bem definido no âmbito, na maioria das etapas, além de haver capacitação constante da equipe do plenário da comissão. Entretanto, segundo os mesmos, nas etapas

finais, implementação e monitoramento da decisão, observa-se conflitos de interesses entre os membros, induzidos principalmente pela cosmovisão econômica. Além desses, a incorporação pode ser permeada pela influência de diversos grupos de interesses, que incluem: profissionais médicos, instituições provedoras de serviços de saúde, instituições financiadoras, gestores de serviços e produtores das tecnologias. Por esses grupos terem um produto atraente para o SUS, acabam que produzindo meios de influenciar nesse processo, tais como, convencimento acadêmico, das publicações científicas, dos grupos de pacientes e de todos os canais possíveis para sensibilizar em relação àquela necessidade do uso da nova tecnologia (SOUZA & SOUZA, 2018).

3. DIFERENÇA ENTRE CONITEC E OUTRAS ATS NO MUNDO INTRODUÇÃO

A Conitec é uma comissão recente que necessita de melhorias e inovações a fim de potencializar a eficácia e resolutividade. Uma das formas de tornar a Conitec mais eficiente é uma relação mais íntima com instituições de ensino. Pesquisadores locais têm maior conhecimento sobre a demanda de sua área e a necessidade da população local. Isso pauta a resolução dos problemas com estratégias científicas e gera descentralização do serviço que atualmente se concentra nas mãos do Ministério da Saúde (LIMA, 2019; LARANJEIRAS, 2013).

Outras mudanças como: formas de recorrer da decisão final, visto que muitas vezes após a análise do pedido novos fatos podem ser anexados ao processo como estudos científicos, mudança no preço da tecnologia, aumento da demanda etc. Além disso, para avaliar a Conitec é importante qualificar o serviço prestado mostrando a necessidade melhorias nos diversos setores (SOUZA, 2018; CAETANO, 2019).

Uma particularidade do Brasil é que o SUS presta serviços na esfera primária, secundária e terciária. Sendo que a esfera primária é responsável por resolver a grande maioria dos casos por meio do pronto atendimento e ou programas como Saúde da Família. Já o terciário lida com casos mais complicados e complexos. Nesse contexto, observa-se uma necessidade de priorização de temas a serem analisados pela Conitec, sendo as solicitações mais recorrentes e destinada a uma maior parte da população ou para pacientes com risco de vida a prioridade. Ademais, para acompanhar a efetividade da tecnologia incorporada uma etapa que poderia ser adotada no processo seletivo seria

da pré-seleção para o monitoramento dos benefícios ou não (GOMES, 2011; GAVA, 2016; PINSON; THIELKE & KING, 2011).

Outra mudança sugerida para a melhor gestão dos recursos da Conitec é uma modificação nos membros da comissão que avalia a incorporação de novas tecnologias. Visto que a atual se encontra centralizada e limitada a poucas pessoas, e muitas vezes as decisões podem ter conflito de interesses e pouca transparência como no caso do medicamento nusinersena (CAETANO, 2019). Nesse caso, inúmeras perguntas sobre a adesão do medicamento mais caro até hoje incorporado ao SUS ainda não tem resposta. Como porque em pouco menos de um ano uma solicitação feita pela Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE) foi recusada e pouco tempo depois a indústria produtora do medicamento fez um novo pedido apresentando apenas um estudo intermediário e foi aprovada ou ainda a retirada das restrições ampliando a população alvo candidata a terapêutica. É importante ressaltar que a decisão de incorporar uma nova tecnologia tem impacto direto na sociedade, assim deve envolver políticos, clínicos, sociedades especializadas, líderes de sistema de saúde, indústria e pacientes (PERREIRA, 2019). Nesse sentido, ficam a cargo de uma equipe mais técnica como ocorre em outros países trazer uma avaliação mais profunda baseada em evidências científicas e estudos mais robustos que podem evitar desvios e ter decisões mais assertivas em critérios mais técnicos e aos demais membros avaliar a adesão ou não da tecnologia (CAETANO, 2019; SOUZA, 2018; YUBA, 2018).

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Vemos que o país apresenta ainda inúmeros desafios nessa caminhada dos processos de incorporação de tecnologias no sistema de saúde. Questões como a imparcialidade na gestão, baixa organização das esferas estaduais e regionais e a baixa descentralização/regionalização na tomada de decisões tornam-se grandes obstáculos.

Apesar disso, na teoria o país apresenta estrutura de funcionamento relativamente similar à de agências dos países modelos de grande eficiência. A estrutura de alguns países como Canadá tornam-se ideias interessantes para incorporações no nosso modelo de aprovação de tecnologias, visto que apresenta características semelhantes ao Brasil. Nessa recente trajetória é notório o esforço que tem feito para aprimorar a se chegar o mais próximo possível de um modelo equilibrado onde a visão técnico-sanitária e econômica, respaldadas na imparcialidade.

Diante disso, esses tipos de discussão e a realização novos estudos sobre o esquema de incorporação tecnológica no Brasil de modo a proporcionar a implementação de novas ideias e avaliação pode levar melhor qualidade de tecnologias mais eficazes ao sistema de saúde à população, juntamente, com o melhor gerenciamento de recursos e sabedoria nas escolhas.

5. REFERÊNCIAS

BELLANGER M.; PICON P.; STUWE L.T. HTA health policy series: a perspective on health technology assessment activities in Brazil. ISPOR Latin America Consortium Newsletter, v. 3, p. 1, 2015.

BRASIL. Lei no 12.401, de 28 de abril de 2011. Altera a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Diário Oficial da União 2011.

FERRAZ, M.B.; SOÁREZ, P.C.; ZUCCHI P. Health technology assessment in Brazil: What do healthcare system players think about it? São Paulo Medical Journal, v. 129, n. 4, p.198, 2011.

GAVA, M.; *et al.* Incorporação da tecnologia da informação na Atenção Básica do SUS no Nordeste do Brasil: expectativas e experiências. Ciência & Saúde Coletiva, v. 21, p. 891, 2016.

GOMES, K.D.O.; *et al.* Atenção Primária à Saúde-a" menina dos olhos" do SUS: sobre as representações sociais dos protagonistas do Sistema Único de Saúde. Ciência & Saúde Coletiva, v. 16, p. 881, 2011.

LARANJEIRA, F.D.O.; PETRAMALE, C.A.A avaliação econômica em saúde na tomada de decisão: a experiência da CONITEC. *BIS.* Boletim do Instituto de Saúde, v. 14, n. 2, p. 165, 2013.

LIMA, S.G.G.; *et al*. O processo de incorporação de tecnologias em saúde no Brasil em uma perspectiva internacional. Ciência & Saúde Coletiva, v. 24, n. 5, p. 1709, 2019.

MARTIN, J.; POLISENA, J.; DENDUKURI, N.; RHAINDS, M.; SAMPIETRO-COLOM, L. Local health technology assessments in Canadá: current state and next steps. International Journal of Technology Assessment in Health Care, v. 32, p.1780, 2016.

MENON, D. Health technology assessment: The journey continues. Canadian Medical Association Journal, v. 187, p. 19, 2014.

PICON, P.D.; BELTRAME, A.; BANTA, D. National guidelines for high-cost drugs in Brazil: achievements and constraints of an innovative national evidence-based public health policy. International Journal of Technology Assessment in Health Care, v. 29, p. 198, 2013.

SANTOS, V.C.C. As análises econômicas na incorporação de tecnologias em saúde: reflexões sobre a experiência brasileira [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública da Fiocruz, 2010.

SILVA, H.P.; ELIAS, F.T.S. Incorporação de tecnologias nos sistemas de saúde do Canadá e do Brasil: perspectivas para avanços nos processos de avaliação. Caderno de Saúde Pública, v. 35, Supl. 2:e00071518, 2019.

SOUZA, K.A.O.; SOUZA, L.E.P.F. Incorporação de tecnologias no Sistema Único de Saúde: as racionalidades do processo de decisão da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro, v. 42, n. 2, p. 48-60, 2018.

SOUZA, K.A.D.O.; SOUZA, L.E.P.F.D.; LISBOA, E.S. Ações judiciais e incorporação de medicamentos ao SUS: a atuação da Conitec. Saúde em Debate, v. *42*, p. 837-848, 2018.

ROSSELLI, D. *et al.* HTA implementation in Latin American countries: comparison of current and preferred status. Value Health in Regional Issues, v. 14, p. 20-7, 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Health technology assessment of medical devices – WHO Medical Device. Technical Series. Geneva: WHO, 2011.

YUBA T. Y.; NOVAES, H. M. D.; DE SOÁREZ, P. C. Desafios aos processos de tomada de decisão na agência nacional de HTA no Brasil: procedimentos operacionais, uso de evidências e recomendações. Políticas e sistemas de pesquisa em saúde, v. 16, n. 40, 2018.

ÍNDICE REMISSIVO

ABANDONO FAMILIAR - **48, 49, 50, 55, 195**

ACIDENTE DE TRABALHO – **224, 404**

ADOLESCENTE – **198, 237, 243-250, 261, 273, 274, 285, 287, 289, 292, 298, 301, 364, 379-395, 431**

AGRAVAMENTO – **100, 111, 145, 146, 321, 386**

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE - **136, 205, 210, 277, 296, 302, 306, 313, 316, 367, 368, 370, 374, 405, 425, 427, 498**

AUTONOMIA – **31, 235, 318, 379**

BIOÉTICA E ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE - **202**

BIOÉTICA - **1, 14, 31, 48, 61, 68, 82, 94, 103, 110, 123, 137, 145, 165, 174, 179, 186, 201, 212, 224, 235, 242, 258, 262, 266, 282, 291, 310, 318, 332, 345, 355, 367, 379, 400, 413, 431, 449, 458, 472, 489**

CAMELLIA SINENSIS L. – **1, 2**

CESÁREA – **21, 311, 431, 443**

CHÁ VERDE – **1-10**

CIDADANIA – **82, 174, 310**

CLÍNICA MÉDICA - **94**

COMPORTAMENTO ALIMENTAR – **186, 187**

COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS – **345-349**

CORONAVÍRUS – **103, 262, 425**

CROMOSSOMO Y – **165, 167**

CUIDADO PRÉ-NATAL – **212, 431**

CUIDADOS PALIATIVOS – **31, 42, 379**

DERMATOLOGIA – **94, 95**

DESMAME – **282, 286**

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM – **266-268, 275**

DIAGNÓSTICO – **61, 140, 152, 261-266**

DOENÇA ONCOLÓGICA - **379**

DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS – **1, 110, 449**

DOENÇAS CRÔNICAS -**1, 110, 145, 186, 449**

EDUCAÇÃO CONTINUADA - **174, 464**

EDUCAÇÃO EM SAÚDE – **106, 167, 246, 338**

EDUCAÇÃO MÉDICA - **123**

EDUCAÇÃO PERMANENTE – **174, 337**

EMERGÊNCIA – **202, 252, 305, 413**

ENDOMETRIOSE – **61-65**

ENFERMAGEM EM SAÚDE COMUNITÁRIA - **243**

ENFERMAGEM MATERNO-INFANTIL – **14, 212**

ENFERMAGEM OBSTÉTRICA – **14, 61, 212, 243, 282**

ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL – **110, 118**

EQUIPE INTERDISCIPLINAR DE SAÚDE - **103**

EQUIPE MULTIPROFISSIONAL – **51, 247, 252, 445**

ESTRATÉGIA – **103, 367**

ESTRESSE OCUPACIONAL – **318, 325**

ESTUDOS CLÍNICOS – **3, 472, 489**

ESTUDOS PRÉ-CLÍNICOS - **472, 489**

GESTANTE - **152, 212, 243, 282, 410, 431, 445**

GESTÃO DE PESSOAS – **224, 226**

GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA – **243, 245**

HEPATITE B - **145**

HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA - **258**

IDOSO - **31, 48, 68, 110, 332, 449**

IMUNIZAÇÃO - **291**

INFERTILIDADE – **61-65, 271**

INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA – **48-52**

INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM – **266, 268**

LESÕES CUTÂNEAS – **94, 95, 215**

MERCADO FARMACÊUTICO - **472, 480, 489**

NEONATO – **14, 17-23, 262, 297**

NEOPLASIA DE PRÓSTATA - **137**

OBESIDADE – **1-8, 186, 484**

PACIENTE TERMINAL – **31, 35, 41**

PANDEMIA – **252-254, 262, 413, 419, 420**

PARTO NORMAL – **311, 314, 431, 433, 437-440**

PESSOAS COM DEFICIÊNCIA – **258, 259**

POLÍTICAS PÚBLICAS – **20, 179, 201, 235, 237, 332, 400**

PRÉ-NATAL - **212, 310, 431**

PSICOLOGIA – **179, 186, 235**

QUALIDADE DE VIDA – **32, 56, 332**

RADIOPROTEÇÃO – **458, 466-468**

RELAÇÕES INTERPESSOAIS – **258, 392**

REPETIÇÕES DE MICROSSATÉLITES - **165**

RESISTÊNCIA - **291**

SAÚDE DA MULHER – **61, 266, 432**

SAÚDE DO IDOSO – **72, 80, 110**

SAÚDE DO TRABALHADOR – **318, 400, 402**

SAÚDE MENTAL - **179, 186, 188, 373, 449**

SAÚDE PÚBLICA – **355, 400**

SEXUALIDADE – **247, 332, 341**

SÍFILIS (SÍFILIS CONGÊNITA/GESTACIONAL) - **152, 156, 212-216/151, 213**

SÍNDROME DE BURNOUT – **318, 319**

SUICÍDIO – **356, 367, 453**

UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL – **14, 19, 25**

VIOLÊNCIA SEXUAL – **165, 169**

EDITORA
PASTEUR