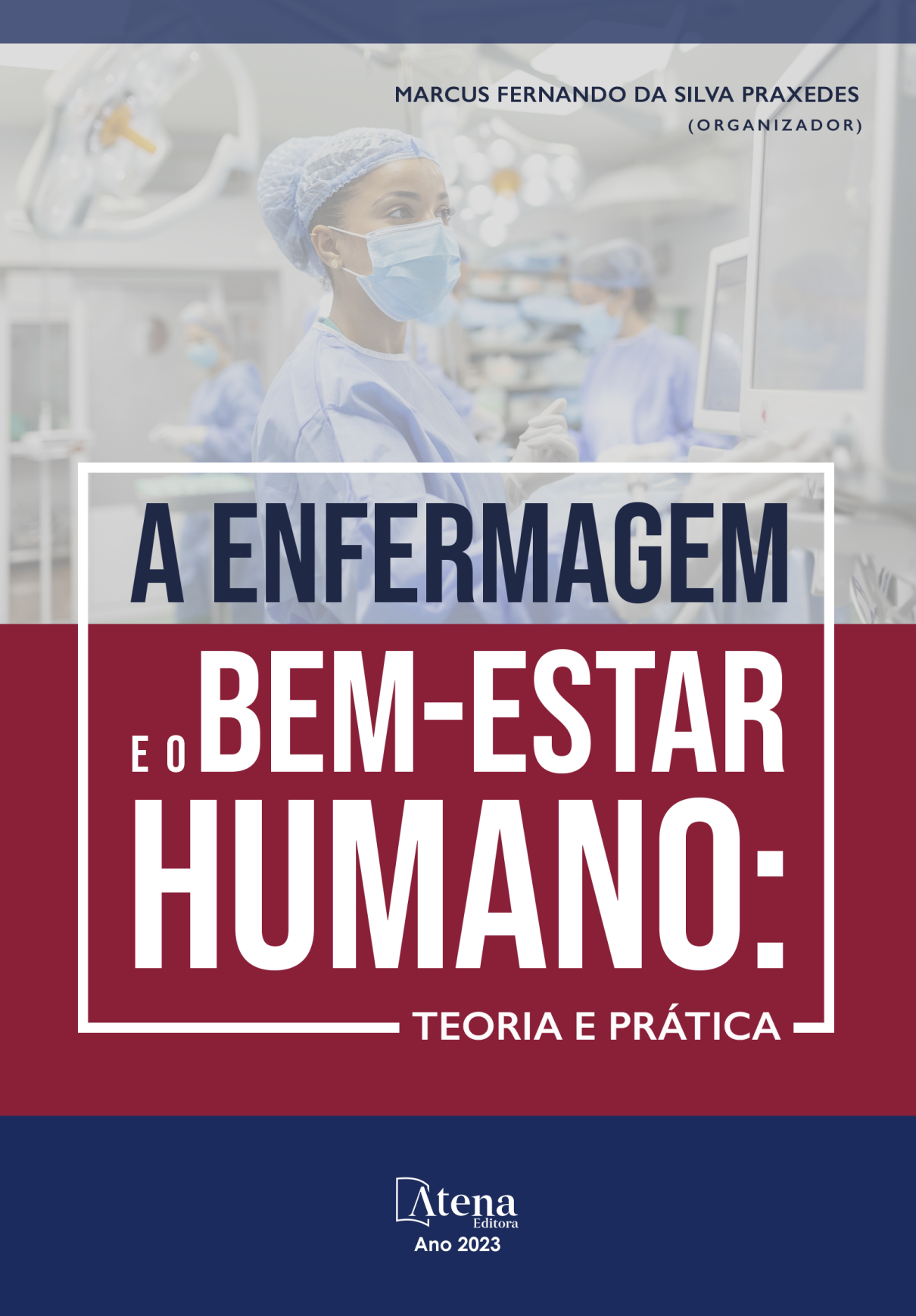




MARCUS FERNANDO DA SILVA PRAXEDES
(ORGANIZADOR)

A ENFERMAGEM E O BEM-ESTAR HUMANO:

TEORIA E PRÁTICA



MARCUS FERNANDO DA SILVA PRAXEDES
(ORGANIZADOR)

A ENFERMAGEM E O BEM-ESTAR HUMANO:

TEORIA E PRÁTICA

 **Atena**
Editora
Ano 2023

Editora chefe

Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

Editora executiva

Natalia Oliveira

Assistente editorial

Flávia Roberta Barão

Bibliotecária

Janaina Ramos

Projeto gráfico

Camila Alves de Cremo

Ellen Andressa Kubisty

Luiza Alves Batista

Nataly Evilin Gayde

Thamires Camili Gayde

Imagens da capa

iStock

Edição de arte

Luiza Alves Batista

2023 by Atena Editora

Copyright © Atena Editora

Copyright do texto © 2023 Os autores

Copyright da edição © 2023 Atena

Editora

Direitos para esta edição cedidos à Atena Editora pelos autores.

Open access publication by Atena Editora



Todo o conteúdo deste livro está licenciado sob uma Licença de Atribuição *Creative Commons*. Atribuição-Não-Comercial-NãoDerivativos 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0).

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores, inclusive não representam necessariamente a posição oficial da Atena Editora. Permitido o *download* da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

Todos os manuscritos foram previamente submetidos à avaliação cega pelos pares, membros do Conselho Editorial desta Editora, tendo sido aprovados para a publicação com base em critérios de neutralidade e imparcialidade acadêmica.

A Atena Editora é comprometida em garantir a integridade editorial em todas as etapas do processo de publicação, evitando plágio, dados ou resultados fraudulentos e impedindo que interesses financeiros comprometam os padrões éticos da publicação. Situações suspeitas de má conduta científica serão investigadas sob o mais alto padrão de rigor acadêmico e ético.

Conselho Editorial

Ciências Biológicas e da Saúde

Profª Drª Aline Silva da Fonte Santa Rosa de Oliveira – Hospital Federal de Bonsucesso

Profª Drª Ana Beatriz Duarte Vieira – Universidade de Brasília

Profª Drª Ana Paula Peron – Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Prof. Dr. André Ribeiro da Silva – Universidade de Brasília

Profª Drª Anelise Levay Murari – Universidade Federal de Pelotas

Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás

Profª Drª Camila Pereira – Universidade Estadual de Londrina

Prof. Dr. Cirênio de Almeida Barbosa – Universidade Federal de Ouro Preto

Profª Drª Daniela Reis Joaquim de Freitas – Universidade Federal do Piauí

Profª Drª Danyelle Andrade Mota – Universidade Tiradentes

Prof. Dr. Davi Oliveira Bizerril – Universidade de Fortaleza

Profª Drª Débora Luana Ribeiro Pessoa – Universidade Federal do Maranhão

Prof. Dr. Douglas Siqueira de Almeida Chaves – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro

Prof. Dr. Edson da Silva – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri

Profª Drª Elizabeth Cordeiro Fernandes – Faculdade Integrada Medicina

Profª Drª Eleuza Rodrigues Machado – Faculdade Anhanguera de Brasília

Profª Drª Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina

Profª Drª Eysler Gonçalves Maia Brasil – Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira

Prof. Dr. Ferlando Lima Santos – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia

Profª Drª Fernanda Miguel de Andrade – Universidade Federal de Pernambuco

Profª Drª Fernanda Miguel de Andrade – Universidade Federal de Pernambuco

Prof. Dr. Fernando Mendes – Instituto Politécnico de Coimbra – Escola Superior de Saúde de Coimbra

Profª Drª Gabriela Vieira do Amaral – Universidade de Vassouras

Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria

Prof. Dr. Guillermo Alberto López – Instituto Federal da Bahia

Prof. Dr. Helio Franklin Rodrigues de Almeida – Universidade Federal de Rondônia

Profª Drª Iara Lúcia Tescarollo – Universidade São Francisco

Prof. Dr. Igor Luiz Vieira de Lima Santos – Universidade Federal de Campina Grande

Prof. Dr. Jefferson Thiago Souza – Universidade Estadual do Ceará

Prof. Dr. Jesus Rodrigues Lemos – Universidade Federal do Delta do Parnaíba–UFDPAr

Prof. Dr. Jônatas de França Barros – Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Prof. Dr. José Aderval Aragão – Universidade Federal de Sergipe

Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará

Profª Drª Juliana Santana de Curcio – Universidade Federal de Goiás

Profª Drª Kelly Lopes de Araujo Appel – Universidade para o Desenvolvimento do Estado e da Região do Pantanal

Profª Drª Larissa Maranhão Dias – Instituto Federal do Amapá

Profª Drª Livia do Carmo Silva – Universidade Federal de Goiás

Profª Drª Luciana Martins Zuliani – Pontifícia Universidade Católica de Goiás

Prof. Dr. Luís Paulo Souza e Souza – Universidade Federal do Amazonas

Profª Drª Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande

Prof. Dr. Marcus Fernando da Silva Praxedes – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia

Profª Drª Maria Tatiane Gonçalves Sá – Universidade do Estado do Pará

Prof. Dr. Maurilio Antonio Varavallo – Universidade Federal do Tocantins

Prof. Dr. Max da Silva Ferreira – Universidade do Grande Rio

Profª Drª Mylena Andréa Oliveira Torres – Universidade Ceuma

Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte

Prof. Dr. Paulo Inada – Universidade Estadual de Maringá

Prof. Dr. Rafael Henrique Silva – Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados

Profª Drª Regiane Luz Carvalho – Centro Universitário das Faculdades Associadas de Ensino

Profª Drª Renata Mendes de Freitas – Universidade Federal de Juiz de Fora

Profª Drª Sheyla Mara Silva de Oliveira – Universidade do Estado do Pará

Profª Drª Suely Lopes de Azevedo – Universidade Federal Fluminense

Profª Drª Taísa Ceratti Treptow – Universidade Federal de Santa Maria

Profª Drª Vanessa da Fontoura Custódio Monteiro – Universidade do Vale do Sapucaí

Profª Drª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa

Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande

Profª Drª Welma Emidio da Silva – Universidade Federal Rural de Pernambuco

A enfermagem e o bem-estar humano: teoria e prática

Diagramação: Camila Alves de Cremo
Correção: Maiara Ferreira
Indexação: Amanda Kelly da Costa Veiga
Revisão: Os autores
Organizador: Marcus Fernando da Silva Praxedes

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)	
E56	A enfermagem e o bem-estar humano: teoria e prática / Organizador Marcus Fernando da Silva Praxedes. – Ponta Grossa - PR: Atena, 2023 Formato: PDF Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader Modo de acesso: World Wide Web Inclui bibliografia ISBN 978-65-258-1903-7 DOI: https://doi.org/10.22533/at.ed.037230311 1. Enfermagem. 2. Saúde. I. Praxedes, Marcus Fernando da Silva (Organizador). II. Título. CDD 610.73
Elaborado por Bibliotecária Janaina Ramos – CRB-8/9166	

Atena Editora
Ponta Grossa – Paraná – Brasil
Telefone: +55 (42) 3323-5493
www.atenaeditora.com.br
contato@atenaeditora.com.br

DECLARAÇÃO DOS AUTORES

Os autores desta obra: 1. Atestam não possuir qualquer interesse comercial que constitua um conflito de interesses em relação ao artigo científico publicado; 2. Declaram que participaram ativamente da construção dos respectivos manuscritos, preferencialmente na: a) Concepção do estudo, e/ou aquisição de dados, e/ou análise e interpretação de dados; b) Elaboração do artigo ou revisão com vistas a tornar o material intelectualmente relevante; c) Aprovação final do manuscrito para submissão.; 3. Certificam que os artigos científicos publicados estão completamente isentos de dados e/ou resultados fraudulentos; 4. Confirmam a citação e a referência correta de todos os dados e de interpretações de dados de outras pesquisas; 5. Reconhecem terem informado todas as fontes de financiamento recebidas para a consecução da pesquisa; 6. Autorizam a edição da obra, que incluem os registros de ficha catalográfica, ISBN, DOI e demais indexadores, projeto visual e criação de capa, diagramação de miolo, assim como lançamento e divulgação da mesma conforme critérios da Atena Editora.

DECLARAÇÃO DA EDITORA

A Atena Editora declara, para os devidos fins de direito, que: 1. A presente publicação constitui apenas transferência temporária dos direitos autorais, direito sobre a publicação, inclusive não constitui responsabilidade solidária na criação dos manuscritos publicados, nos termos previstos na Lei sobre direitos autorais (Lei 9610/98), no art. 184 do Código Penal e no art. 927 do Código Civil; 2. Autoriza e incentiva os autores a assinarem contratos com repositórios institucionais, com fins exclusivos de divulgação da obra, desde que com o devido reconhecimento de autoria e edição e sem qualquer finalidade comercial; 3. Todos os e-book são *open access*, *desta forma* não os comercializa em seu site, sites parceiros, plataformas de *e-commerce*, ou qualquer outro meio virtual ou físico, portanto, está isenta de repasses de direitos autorais aos autores; 4. Todos os membros do conselho editorial são doutores e vinculados a instituições de ensino superior públicas, conforme recomendação da CAPES para obtenção do Qualis livro; 5. Não cede, comercializa ou autoriza a utilização dos nomes e e-mails dos autores, bem como nenhum outro dado dos mesmos, para qualquer finalidade que não o escopo da divulgação desta obra.

Apresentamos o livro “A enfermagem e o bem-estar humano: teoria e prática”. O objetivo principal é apresentar, de forma categorizada e clara, estudos desenvolvidos em diversas instituições de ensino e pesquisa nacionais e internacionais.

São apresentados os seguintes capítulos: A importância da consulta de enfermagem para a realização do exame colpocitológico; A importância do enfermeiro de saúde familiar, na capacitação das famílias; Cuidado de si com ênfase nos profissionais de enfermagem; Dificuldades identificadas pelos enfermeiros na utilização do Protocolo de Manchester: uma revisão integrativa; O papel do enfermeiro auditor na unidade de centro cirúrgico: revisão de literatura; Theoretical perspectives on child violence in border regions and the role of nursing professionals in prevention; Enfermeiro frente a equipe de enfermagem acometida pela Síndrome de Burnout pós pandemia de COVID-19; Bub: aplicativo móvel sobre síndrome de burnout e apoio ao autocuidado; Promoção da esperança e bem-estar em enfermeiros: intervenção especializada em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica; Reforma psiquiátrica: caminhos e desafios no cuidado da atenção psicossocial; Percepção e manejo do erro de medicação: uma revisão integrativa; Desenvolvimento de tecnologia educacional sobre uso racional de psicofármacos; Sistemas de entrega de fármacos para administração pela mucosa retal; Educação em saúde como potência para a melhoria do bem-estar humano; Empowerment, qualidade de vida e o modelo de cuidados centrado na pessoa no contexto da doença crônica; Potencialidades e desafios do uso de mídias digitais como estratégia de promoção da saúde: relato de experiência; Impactos da pandemia da COVID- 19 nas notificações de Sífilis Congênita e adquirida; Vivência do portador da Hanseníase; Doenças negligenciadas no Brasil: um estudo sobre prevalência e estratégias de controle.

Os trabalhos científicos apresentados nesse livro poderão servir de base para uma melhor prática da Enfermagem e o bem-estar humano. Nesse sentido, a Atena Editora se destaca por possuir a estrutura capaz de oferecer uma plataforma consolidada e confiável para estes pesquisadores exporem e divulguem seus resultados.

Marcus Fernando da Silva Praxedes

CAPÍTULO 1 1**A IMPORTÂNCIA DA CONSULTA DE ENFERMAGEM PARA A REALIZAÇÃO DO EXAME COLPOCITOLÓGICO**

Elissandro Noronha dos Santos

José Barbosa Junior Neto

Keitiane Nunes da Silva

Carolina Bernardo Vieira

Marcus Vinícius Ribeiro Ferreira

Jefferson Amaral de Moraes

Paulo Wuesley Barbosa Bomtempo

Everton Aurélio Dias Campos

Alberto César da Silva Lopes

José Raimundo Gomes de Oliveira

Sara Fernandes Correia

Danilo César Silva Lima

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.0372303111>**CAPÍTULO 2 13****A IMPORTÂNCIA DO ENFERMEIRO DE SAÚDE FAMILIAR, NA CAPACITAÇÃO DAS FAMÍLIAS**

Antônia Raquel Alves da Silva Abrunhosa

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.0372303112>**CAPÍTULO 3 22****CUIDADO DE SI COM ÊNFASE NOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM**

Amanda Silva de Oliveira

Andrea de Jesus Sá Costa Rocha

Juliana Campos Coêlho

Silvana Mendes Costa

Eremilta Silva Barros

Joseneide Teixeira Câmara

Jocilene da Cruz Silva

Bianca Vieira da Silva

Karla Andreia da Costa Carvalho

Thaise Almeida Rodrigues

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.0372303113>**CAPÍTULO 4 33****DIFICULDADES IDENTIFICADAS PELOS ENFERMEIROS NA UTILIZAÇÃO DO PROTOCOLO DE MANCHESTER: UMA REVISÃO INTEGRATIVA**

Elisiane de Oliveira Machado

Michele Antunes

Simone Thais Vizini

Fabio Silva da Rosa

Rejane Silveira de Campos

Raquel Adjane Machado

Fernanda dos Reis

Suimara Santos
 Maicon Daniel Chassot
 Djulia Andriele Wachter
 Cíntia Letícia de Negreiros Kerschner
 Vanessa Frighetto Bonatto

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.0372303114>

CAPÍTULO 545

O PAPEL DO ENFERMEIRO AUDITOR NA UNIDADE DE CENTRO CIRÚRGICO: REVISÃO DE LITERATURA

Ana Paula Narcizo Carcuchinski
 Dayanne Klein Pastoriza
 Mari Nei Clososki da Rocha
 Márcio Josué Trasel
 Adriana de Amaral Mandicaju
 Fabiane Bregalda da Costa
 Morgana Morbach Borges
 Elisa Justo Martins
 Bruna Boniatti
 Tatiane Costa de Melo

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.0372303115>

CAPÍTULO 6 51

THEORETICAL PERSPECTIVES ON CHILD VIOLENCE IN BORDER REGIONS AND THE ROLE OF NURSING PROFESSIONALS IN PREVENTION

Thiago Araújo dos Reis
 Fátima Regina Cividini
 Sandonaid Andrei Geisler

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.0372303116>

CAPÍTULO 7 61

ENFERMEIRO FRENTE A EQUIPE DE ENFERMAGEM ACOMETIDA PELA SÍNDROME DE BURNOUT PÓS PANDEMIA DE COVID-19

Karen Cardoso Rodrigues
 Karina Angélica Alvarenga Ribeiro
 Felipe Cesar Veloso de Oliveira
 Geovana Caroline Motta Brito

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.0372303117>

CAPÍTULO 873

BUB: APLICATIVO MÓVEL SOBRE SÍNDROME DE BURNOUT E APOIO AO AUTOCUIDADO

Andressa Carpinelli Figueiredo
 Douglas Araujo Torres Sales
 Greisy Mirela Huaman Llamocca
 Laura Maria Freire Dantas
 Rhayssa Santos de Santana

Maria Elisabete Salvador

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.0372303118>

CAPÍTULO 975

PROMOÇÃO DA ESPERANÇA E BEM-ESTAR EM ENFERMEIROS:
INTERVENÇÃO ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E
PSIQUIÁTRICA

Clara Patrícia Manso

Carlos Laranjeira

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.0372303119>

CAPÍTULO 10.....83

REFORMA PSIQUIÁTRICA: CAMINHOS E DESAFIOS NO CUIDADO DA
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Juliana Pessoa Costa

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.03723031110>

CAPÍTULO 1194

PERCEPÇÃO E MANEJO DO ERRO DE MEDICAÇÃO: UMA REVISÃO
INTEGRATIVA

Thiago Hessel

Suzana Grings de Oliveira da Silva

Yanka Eslabão Garcia

Ana Maria Vieira Lorenzoni

Carla Patrícia Michelotti Pereira

Maryana Schwartzhaupt de Matos

Bibiana Fernandes Trevisan

Vanessa Belo Reyes

Mariana Araújo da Cruz Moraes

Ana Paula Wunder Fernandes

Mariana de Oliveira Cardoso

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.03723031111>

CAPÍTULO 12..... 103

DESENVOLVIMENTO DE TECNOLOGIA EDUCACIONAL SOBRE USO
RACIONAL DE PSICOFÁRMACOS

Odair Bonacina Aruda

Nicole Sangoi Brutti

Leila Zanatta

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.03723031112>

CAPÍTULO 13.....116

SISTEMAS DE ENTREGA DE FÁRMACOS PARA ADMINISTRAÇÃO PELA
MUCOSA RETAL

Yasmim de Sousa Moura

Leonardo Guedes Rodrigues

Ivana Pereira Santos Carvalho

André Luís Menezes Carvalho

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.03723031113>

CAPÍTULO 14..... 133

EDUCAÇÃO EM SAÚDE COMO POTÊNCIA PARA A MELHORIA DO BEM-ESTAR HUMANO

Tatiana Almeida Couto

Sérgio Donha Yarid

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.03723031114>

CAPÍTULO 15..... 157

EMPOWERMENT, QUALIDADE DE VIDA E O MODELO DE CUIDADOS CENTRADO NA PESSOA NO CONTEXTO DA DOENÇA CRÔNICA

Elisabete Lamy da Luz

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.03723031115>

CAPÍTULO 16..... 166

POTENCIALIDADES E DESAFIOS DO USO DE MÍDIAS DIGITAIS COMO ESTRATÉGIA DE PROMOÇÃO DA SAÚDE: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Laise Ramos e Silva

Amando Oliveira Matias

Florisvaldo Clementino Santos Filho

Marcones Ferreira Costa

Willamys Rangel Nunes de Sousa

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.03723031116>

CAPÍTULO 17..... 175

IMPACTOS DA PANDEMIA DA COVID- 19 NAS NOTIFICAÇÕES DE SÍFILIS CONGÊNITA E ADQUIRIDA

Micheline Veras de Moura

Aliete Cristina Gomes Dias Pedrosa da Cunha Oliveira

Karla Cristina Walter

Júlia Silva Fonseca dos Anjos

Leila Maria Araújo Vidal

Ana Elza Oliveira de Mendonça

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.03723031117>

CAPÍTULO 18.....181

VIVÊNCIA DO PORTADOR DA HANSENÍASE

Matheus Ramos Gomes Furtado

Ana Laura Gomes Alcântara

Sara Fernandes Correia

Andressa Gabriele Liberal Gonçalves Martins

Marcus Vinícius Ribeiro Ferreira

Diogo Nogueira Batista

Anita Babi Teixeira de Carvalho

Alexandre Marco de Leon

Carlos Magno Oliveira da Silva
 Carolina Bernardo Vieira
 Ana Maria Pereira Wu de Moura
 Divinamar Pereira

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.03723031118>

CAPÍTULO 19..... 197

**DOENÇAS NEGLIGENCIADAS NO BRASIL: UM ESTUDO SOBRE
 PREVALÊNCIA E ESTRATÉGIAS DE CONTROLE**

Lorena Brito Evangelista
 Tarcísio Souza Faria
 Alberto César da Silva Lopes
 Marcus Vinicius Días de Oliveira
 Elissandro Noronha dos Santos
 Stephanie Brochado Sant'ana
 Gilney Guerra de Medeiros
 José Raimundo Gomes de Oliveira
 Marcus Vinícius Ribeiro Ferreira
 Natália Batista Matos
 Jefferson Amaral de Moraes
 Carlos Magno Oliveira da Silva

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.03723031119>

SOBRE O ORGANIZADOR.....207

ÍNDICE REMISSIVO.....208

CAPÍTULO 1

A IMPORTÂNCIA DA CONSULTA DE ENFERMAGEM PARA A REALIZAÇÃO DO EXAME COLPOCITOLÓGICO

Data de aceite: 01/11/2023

Elissandro Noronha dos Santos

Enfermeiro, Ciências da Saúde / Área:
Enfermagem.
Brasília-DF
<http://lattes.cnpq.br/7245224062487559>

José Barbosa Junior Neto

Professor, Faculdade Metropolitana de
Anápolis, FAMA
Anápolis, Go
<http://lattes.cnpq.br/0822027109279254>

Keitiane Nunes da Silva

Academica, Centro Universitário do
Planalto – UNIPLAN.
Brasília-DF
<http://lattes.cnpq.br/2481421385113966>

Carolina Bernardo Vieira

Enfermeira, Secretaria de Saúde do
Distrito Federal, SES-DF, Brasil.
Brasília-DF
<http://lattes.cnpq.br/4840246754569266>

Marcus Vinícius Ribeiro Ferreira

Biólogo, Professor, UNICEPLAC
Brasília-DF
<http://lattes.cnpq.br/4033741950649548>

Jefferson Amaral de Moraes

Servidor Público, Enquadramento
Funcional: Enfermeiro
Brasília-DF
<https://lattes.cnpq.br/7529927173918095>

Paulo Wuesley Barbosa Bomtempo

Enfermeiro da Secretaria de Estado de
Saúde do Distrito Federal.
Brasília-DF
<http://lattes.cnpq.br/9539150194009751>

Evertton Aurélio Dias Campos

Professor, UNICEPLAC
Gama-DF
<https://orcid.org/0000-0001-6255-0196>

Alberto César da Silva Lopes

Professor do Centro Universitário IESB
Brasília-DF
<http://lattes.cnpq.br/9632825154207633>

José Raimundo Gomes de Oliveira

Enfermeiro - Universidade Salgado de
Oliveira.
Brasília-DF
<http://lattes.cnpq.br/3200839470580595>

Sara Fernandes Correia

Enfermeria, Unviersidade Unievangélica
de Goiás
Anápolis-GO
<https://orcid.org/0000-0002-3850-9852>

Danilo César Silva Lima

Anápolis-GO
Enfermeiro, Professor Centro Universitário
do Planalto UNIPLAN,
<https://orcid.org/0000-0003-4655-1812>

RESUMO: Trata-se de um estudo cujo objetivo é discorrer sobre a consulta de enfermagem para o exame colpocitológico. A abordagem metodológica foi qualitativa e o método de revisão bibliográfica. A coleta dos dados deu-se com busca sistematizada de artigos e materiais publicados pelo Ministério da Saúde e na base de dados da Scielo, onde obedeceu os critérios de inclusão dos mesmos. Os resultados constam que o exame deve ser realizado anualmente, em todas as mulheres entre 25 a 64 anos de idade com vida sexual ativa ou não. O controle deste tipo de câncer se resume na detecção precoce das alterações celulares encontradas no exame colpocitológico. E que a consulta de enfermagem tem grande relevância para o controle do câncer cérvico-uterino. As considerações finais reafirmam que o tempo e qualidade da consulta de enfermagem devem ser respeitados, que o acolhimento à mulher deve ser realizado desde sua chegada até o retorno e que a entrega dos resultados precisa ter a mesma importância da primeira consulta. Sendo assim, são muitos os desafios encontrados para o controle do câncer cérvico-uterino, mas podem ser aprimorados com o compromisso dos profissionais de ponta, e mais especificamente da enfermagem, dos gestores e com financiamento para implementação das políticas públicas de saúde da mulher.

PALAVRAS-CHAVE: exame colpocitológico, consulta de enfermagem e câncer cérvico-uterino

THE IMPORTANCE OF NURSING CONSULTATION FOR CONDUCTING THE COLPOCYTOLOGICAL EXAM

ABSTRACT: This is a study aimed at discussing the nursing consultation for the colpocytological exam. The methodological approach was qualitative, and the method used was literature review. Data collection was carried out through a systematic search for articles and materials published by the Ministry of Health and in the Scielo database, following the inclusion criteria. The results indicate that the exam should be performed annually in all women aged 25 to 64, whether sexually active or not. The control of this type of cancer relies on the early detection of cellular alterations found in the colpocytological exam. Nursing consultation plays a significant role in the control of cervical cancer. The final considerations reaffirm that the timing and quality of the nursing consultation should be respected, that women should be welcomed from their arrival until their follow-up, and that the delivery of results should be equally important as the initial consultation. Therefore, there are many challenges in controlling cervical cancer, but they can be improved with the commitment of frontline professionals, particularly nursing, managers, and funding for the implementation of women's public health policies.

KEYWORDS: colpocytological exam, nursing consultation, cervical cancer.

LA IMPORTANCIA DE LA CONSULTA DE ENFERMERÍA PARA LA REALIZACIÓN DEL EXAMEN COLPOCITOLÓGICO

RESUME: Este es un estudio que tiene como objetivo discutir la consulta de enfermería para el examen colpocitológico. El enfoque metodológico fue cualitativo y el método utilizado fue la revisión bibliográfica. La recopilación de datos se realizó a través de una búsqueda sistemática de artículos y materiales publicados por el Ministerio de Salud y en la base de datos de Scielo, siguiendo los criterios de inclusión. Los resultados indican que el examen debe realizarse

anualmente en todas las mujeres de 25 a 64 años, ya sean sexualmente activas o no. El control de este tipo de cáncer se basa en la detección temprana de alteraciones celulares encontradas en el examen colpocitológico. La consulta de enfermería desempeña un papel importante en el control del cáncer de cuello uterino. Las consideraciones finales reafirman que se debe respetar el momento y la calidad de la consulta de enfermería, que las mujeres deben ser recibidas desde su llegada hasta su seguimiento, y que la entrega de resultados debe ser igual de importante que la consulta inicial. Por lo tanto, existen muchos desafíos en el control del cáncer de cuello uterino, pero se pueden mejorar con el compromiso de los profesionales de primera línea, especialmente la enfermería, los gerentes y la financiación para la implementación de políticas de salud pública para las mujeres.

PALABRAS CLAVE: examen colpocitológico, consulta de enfermería, cáncer de cuello uterino.

INTRODUÇÃO

O exame colpocitológico, popularmente conhecido como exame Papanicolau, desempenha um papel crucial na detecção precoce de alterações celulares que podem indicar a presença de câncer de colo uterino (MORENA et al., 2009). Desde sua primeira implementação em 1928 por Geórgios Papanicolau, este exame tem sido uma ferramenta vital na estratégia de saúde pública para a prevenção do câncer cervical.

Atualizações nas práticas e protocolos têm sido objeto de estudo e discussão na comunidade científica. Pesquisas recentes realizadas por PEREIRA, A. et al. (2023) exploraram a eficácia da combinação do exame Papanicolau com testes de HPV como uma estratégia de rastreamento bidirecional, buscando melhorar a sensibilidade na detecção de potenciais anomalias cervicais.

De acordo com dados atualizados do INCA (2022), a incidência de câncer de colo uterino permanece sendo uma preocupação significativa na saúde pública brasileira, enfatizando a importância contínua de práticas de rastreamento eficazes e acessíveis.

A consultoria de enfermagem tem sido identificada como um ponto crucial no processo de rastreamento, desempenhando um papel fundamental não apenas na administração do exame, mas também na orientação e comunicação efetiva com as pacientes (RAMOS et al., 2014). LOPEZ, R. et al. (2022) destacam a necessidade de treinamento contínuo e atualização profissional, especialmente considerando os avanços tecnológicos e as novas descobertas relacionadas às práticas de rastreamento do câncer cervical.

O controle e manejo eficaz do câncer de colo uterino continuam sendo áreas de pesquisa e desenvolvimento de grande relevância, permitindo a contínua evolução das práticas preventivas. O objetivo é garantir que as estratégias implementadas sejam não apenas cientificamente robustas, mas também acessíveis e replicáveis em diferentes contextos socioculturais e econômicos.

OBJETIVO

Discorrer sobre a consulta de enfermagem para o exame colpocitológico.

METODOLOGIA

A metodologia adotada para este estudo foi de abordagem qualitativa e utilizou o método da revisão bibliográfica integrativa, cujo objetivo é analisar e explicar um problema com base em referências teóricas publicadas em artigos científicos (SILVA, PEREIRA e COSTA, 2021). A revisão integrativa é um método de pesquisa amplamente reconhecido e utilizado desde a década de 1980 no contexto da Prática Baseada em Evidências (PBE). Esse método envolve a sistematização e publicação dos resultados de uma pesquisa bibliográfica em saúde, visando tornar esses resultados úteis para a assistência à saúde, enfatizando a importância da pesquisa acadêmica na prática clínica.

A coleta de dados foi realizada por meio de uma busca sistemática de artigos científicos publicados nos últimos 5 anos e disponíveis em bancos de dados relevantes, incluindo a Scientific Electronic Library Online (SCIELO), PubMed e Biblioteca Virtual de Saúde (BVS). Para a busca, foram empregados os seguintes descritores: “Prática Deliberada,” “Aperfeiçoamento da Enfermagem” e “Simulação Realística.”

Os critérios de inclusão adotados para a seleção dos artigos compreenderam a seguinte abordagem: foram considerados elegíveis os artigos científicos nacionais e internacionais, publicados em língua portuguesa e inglesa, disponíveis na íntegra e acessíveis online, com datas de publicação situadas no intervalo de 2018 a 2023 (OLIVEIRA, MARTINS e SILVA, 2023). Por outro lado, os critérios de exclusão foram direcionados aos estudos que não atenderam ao objetivo da pesquisa e incluíram artigos com data de publicação anterior a 2018, bem como artigos disponíveis apenas em formato de resumo expandido (SANTOS, RIBEIRO e GOMES, 2022).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No presente estudo, foram analisados 12 (doze) artigos científicos, que atenderam aos critérios de inclusão previamente estabelecidos, onde foram encontrados na base de dados da SCIELO e no Ministério da Saúde, conforme a seguir:

A evolução da saúde pública no Brasil foi marcada por uma série de transições epidemiológicas, que reconfiguraram as principais causas de morbidade e mortalidade na população. A partir do final do século XX e início do século XXI, as doenças crônicas não transmissíveis, como o câncer, começaram a ocupar um papel proeminente nos desafios enfrentados pelo sistema de saúde brasileiro (OLIVEIRA, 2021).

O câncer de colo de útero é um desses desafios significativos e tornou-se uma prioridade na saúde pública, sobretudo considerando sua prevalência e mortalidade entre as mulheres brasileiras (SILVA e COSTA, 2022). Fatores como a infecção persistente

pelo Papilomavírus Humano (HPV), acesso limitado a exames de rastreamento e disparidades socioeconômicas têm sido apontados como determinantes chave na epidemiologia deste câncer (MARTINS, 2023).

Desde os anos 2000, estratégias para enfrentar esta problemática têm sido implementadas, como o Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero, que visa reduzir a incidência e mortalidade através do rastreamento e tratamento precoce (FERREIRA, SANTOS e ROCHA, 2023). Além disso, a introdução da vacina contra o HPV no Calendário Nacional de Vacinação em 2014 representou um marco estratégico para a prevenção primária do câncer de colo de útero no país (LIMA e CARVALHO, 2015).

Contudo, apesar dos esforços e avanços, o Brasil ainda enfrenta desafios notáveis na luta contra o câncer de colo de útero, como a heterogeneidade no acesso e qualidade dos serviços de saúde, a necessidade de aprimoramento das estratégias de rastreamento e prevenção, e a carga do estigma associado ao HPV e ao câncer ginecológico (SOUZA e GARCIA, 2022).

Em 1986 nasceu o Sistema Único de Saúde (SUS) na 8ª CNS. O SUS já carregava desde o seu nascimento três princípios básicos. Sendo eles a Universalidade que respalda o atendimento de saúde universal para todos que adentrem o território brasileiro. Integralidade que atende todos os usuários de forma integral, visando desde a prevenção até a cura. A equidade que trata de forma única todos os usuários independentes de suas diferenças sociais e financeiras. Na 8ª CNS ainda ficou regido que a população participaria de forma igual de todas as outras Conferências e teriam direitos de expressão durante as mesmas. Porém o mesmo só foi respaldado a partir da Constituição Federal de 1988 (CORDOBA, 2013; SANTOS, 2022).

Ainda de acordo com o mesmo autor a partir de então a saúde se tornou um direito de todos e um dever do Estado. Onde o Estado é obrigado a promover a saúde pública. Atentando para os modos preventivos e para o tratamento e a cura. Desde então vem sendo criados programas e decretos a fim de preservar os princípios do SUS.

Entretanto, de acordo com Medeiros; Fátima (2009), as políticas públicas de saúde da mulher só passaram a ser pensadas entre 1970 a 1980. Onde as mulheres lutavam pelos direitos de cidadania social e política, participação e acesso aos serviços públicos, principalmente aos que se diziam respeito à saúde.

Sendo assim, pensando na saúde da mulher através de vários movimentos feministas por volta de 1984, houve a criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM). Entretanto, as diretrizes deste programa eram voltadas somente para a saúde reprodutiva das mulheres (CORREA, 2014; ALMEIDA, 2023).

Após várias mudanças na primeira versão do programa, o mesmo passou a englobar a saúde da mulher realmente de forma integral e não somente a saúde reprodutiva. O mesmo passou a desenvolver ações para o planejamento familiar adequado, pré-natal, prevenção do câncer cérvico-uterino e de mamas, além de prevenção de doenças

sexualmente transmissíveis e assistência ao parto e puerpério (RATTNER, 2014; LIMA, 2021).

De acordo com o Instituto Nacional do Câncer (INCA, 2022), o câncer do colo do útero é o terceiro tipo de câncer mais comum entre as mulheres com uma taxa de 530 mil novos casos por ano em todo o mundo sendo que destes cerca de 274 mil portadores evoluem a óbito. Na estimativa para 2011, foi esperado que fossem investigados 18.430 novos casos no ano, sendo cerca de 18 casos para cada 100 mil mulheres.

Em 2011, houve o registro de 489.270 novos casos de câncer no Brasil. Destes, 18.430 foram registrados como câncer do colo uterino. Onde o maior índice foi evidenciado no estado de São Paulo com 3.190 casos, seguido do Rio de Janeiro com 2.080, Minas Gerais com 1.330, Rio Grande do Sul e Paraná com 1.250, estado da Bahia e Pernambuco com 1.030 e o estado de Goiás com 540 casos. De maneira geral, cerca de 7% das mulheres diagnosticadas com câncer no colo uterino evoluíram a óbito (SILVA & COSTA, 2023).

De acordo com o Instituto Nacional do Câncer- INCA (Fernandes et al., 2022), o câncer do colo uterino é considerado como o terceiro tumor mais frequente na população feminina e a quarta maior causa de morte. No ano de 2013 ocorreram cerca de 5.500 óbitos femininos devido a este tipo de patologia. Em 2015 foram registrados cerca de 15.590 novos casos.

De acordo com o Ministério da Saúde (Ribeiro & Martins, 2021), o PAISM é considerado como o primeiro programa de respostas à saúde e as necessidades da população feminina, que teve como iniciativa implementar o planejamento familiar nas ações de atenção à saúde da mulher. Com isso, as mulheres deixaram de serem vistas somente como um mecanismo de reprodução e medidas para controlar, auxiliar e promover a saúde das mulheres passaram a ser desenvolvidas pelo SUS. Sendo assim, os principais destaques do programa dizem respeito à oportunidade de acesso às informações, abandono de qualquer espécie de ação coercitiva e relação constante e integral com o SUS.

Inicialmente, o programa garantia somente o acesso aos meios de contracepção. Entretanto, com o passar dos anos se iniciou a preocupação integral com a saúde da mulher. Sendo assim, passou a desenvolver estratégias que garantissem o máximo possível de atenção à saúde das mulheres, através da realização de exames para prevenir complicações, exames durante o pré-natal, medidas preventivas de doenças e outras complicações.

O EXAME COLPOCITOLÓGICO

É um procedimento recomendado para mulheres sexualmente ativas na faixa etária de 25 a 64 anos, pelo menos uma vez ao ano. Este exame é considerado uma das principais medidas para a detecção precoce do câncer do colo uterino, além de possibilitar a identificação de possíveis infecções vaginais e doenças sexualmente transmissíveis

(MORENA et al., 2019).

Este procedimento é popularmente conhecido como exame de Papanicolau, nomeado após seu desenvolvedor, Dr. George Papanicolau, por volta de 1940, com a colaboração do Dr. Traut. Na época, esse exame foi considerado um avanço significativo na medicina, pois envolvia a coloração especial das células coletadas do colo uterino, permitindo a avaliação de lesões cancerosas e sua classificação (NASCIMENTO et al., 2021).

Apesar de ser uma técnica simples e de baixo custo desde o seu desenvolvimento, o exame de Papanicolau ganhou destaque no Brasil somente na década de 1990, com a implementação do Programa Viva Mulher, que ampliou os recursos para o controle do câncer do colo uterino, uma das ações estabelecidas desde a criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) (ALVARENGA, 2023).

Normalmente, o exame colpocitológico é realizado por um médico especializado ou por enfermeiros na atenção primária. O procedimento requer vários materiais, incluindo um formulário de requisição do exame, lápis, espátula de Ayres, escova cervical, espéculo descartável, luvas de procedimento, máscara facial, pacote de gazes, spray fixador, lâminas de vidro, vidro coletor, dois lençóis, uma camisola, mesa ginecológica, foco de luz e, se necessário, um biombo (SILVA, 2023).

Para iniciar a coleta, a sala deve estar adequadamente preparada e limpa. O profissional de saúde deve garantir que a paciente se sinta confortável e possa responder a perguntas durante a consulta e o exame. São coletadas informações sobre a história da paciente, como histórico de doenças sexualmente transmissíveis, câncer na família e outras condições de saúde hereditárias. Além disso, é importante verificar se a mulher está menstruada, se usou ducha vaginal, se teve relação sexual nas últimas 24 horas ou se é virgem (SOUZA; BORBA, 2022).

O profissional de saúde, usando luvas de procedimento, inicia a coleta, identificando as lâminas e o tubo coletor. Durante a coleta, a mulher deve estar vestida com a camisola e devidamente posicionada em posição ginecológica, mantendo a privacidade e sendo coberta por um lençol (EDUARDO, 2021).

A coleta começa com a inspeção da vulva, grandes e pequenos lábios, seguida pela introdução do espéculo no canal vaginal na posição vertical, girando-o em 90° para posicioná-lo transversalmente. Com o espéculo devidamente posicionado, as mucosas do canal vaginal são avaliadas e o espéculo é aberto para visualizar o colo do útero (OLIVEIRA; MOURA, 2021).

A coleta do material começa pela ectocérvice e, em seguida, pela endocérvice. A ectocérvice é raspada com um dos lados da espátula de Ayre, enquanto a endocérvice é escovada e girada 360° com uma escova cervical (VALE et al; 2023).

Após a coleta, o material é fixado nas lâminas com um spray fixador ou solução de polietilenoglicol. É importante observar que o material da ectocérvice e da endocérvice

deve ser colocado separadamente na lâmina. Em seguida, o espéculo é tracionado para trás e fechado antes de ser removido, evitando causar lesões no útero. O espéculo só pode ser retirado quando estiver completamente fechado (SOUZA; BORBA, 2021).

SOBRE OS ACHADOS CITOPATOLÓGICOS

O exame colpocitológico desempenha um papel fundamental na prevenção do câncer do colo do útero e outras afecções vaginais. Ele permite a detecção precoce de células anormais ou lesões no colo uterino, possibilitando o tratamento adequado para evitar complicações posteriores (ANDRADE, 2021).

Quando ocorre uma desordem nas camadas celulares, isso pode resultar em alterações nas células que se classificam como Neoplasias Intraepiteliais Cervicais (NIC). Essas NIC podem ser categorizadas em até três grupos, dependendo do grau de agressão no colo uterino. A NIC I envolve desordens nas camadas basais do epitélio, sendo considerada de grau I. A NIC II é caracterizada por desordens nas membranas intraepiteliais, correspondendo a lesões de grau II ou alto grau. Já a NIC III envolve desordens em todas as camadas epiteliais do útero, classificadas como lesões de grau III e consideradas de alto grau (MONTENEGRO; REZENDE, 2022).

É importante ressaltar que essas lesões e alterações no colo uterino podem ser manifestações do câncer do colo do útero ou fatores predisponentes para o desenvolvimento desse câncer. Portanto, após a análise laboratorial do material, pode ser necessário realizar uma biópsia do colo do útero para confirmar os achados laboratoriais (CHRISTÓFORO; et al. 2021).

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

A assistência de enfermagem vai além do exame preventivo, quando este é realizado em unidades básicas de saúde ou em estratégias de saúde da família. Nesse contexto, o enfermeiro desempenha atividades em conjunto com a equipe de saúde e a população, organizando o cotidiano dos serviços e planejando ações para promover a saúde da população e prevenir agravos (ARAÚJO; OLIVEIRA, 2021).

Portanto, o papel do enfermeiro envolve atender às necessidades da população, levando em consideração o contexto social, histórico e econômico. Isso implica em enxergar o paciente não apenas sob a perspectiva de suas necessidades biológicas, mas também através de princípios como escuta atenta, acolhimento, relacionamento humanizado, estabelecimento de vínculo, responsabilidade e estímulo à autonomia (SOUZA et al., 2022).

Quando se trata da realização do exame colpocitológico, a assistência de enfermagem se encaixa em todos os perfis mencionados anteriormente. Para que as mulheres continuem realizando o exame de acordo com as diretrizes para o rastreamento de doenças, é crucial que elas se sintam acolhidas e conectadas à unidade de saúde

(SCHIMIT et al., 2021).

A consulta de enfermagem é uma atividade que cabe ao enfermeiro e envolve uma série de ações realizadas de forma ordenada, desde a recepção da paciente até a avaliação geral de todo o atendimento prestado. Durante a consulta de enfermagem, o enfermeiro tem como objetivo coletar informações, observar, examinar e conhecer ao máximo a paciente, de modo a compreender sua situação de saúde antes mesmo do diagnóstico e do tratamento (ARAÚJO; OLIVEIRA, 2021).

É fundamental destacar que, independentemente das necessidades da paciente, o enfermeiro deve estar sempre preparado para atender às suas necessidades e expectativas, respeitando suas crenças culturais e valores. Durante a consulta do exame colpocitológico, o enfermeiro deve, sobretudo, ouvir a paciente para garantir que todas as informações relevantes sejam registradas (DANTAS et al., 2022).

De acordo com Silva et al. (2022), além de registrar todas as informações relevantes da paciente, a consulta de enfermagem também serve para oferecer apoio emocional e psicológico, criando um ambiente no qual a paciente se sinta à vontade para compartilhar todos os aspectos de sua condição. Considerando que o exame envolve a coleta de informações bastante íntimas, o enfermeiro deve adaptar sua abordagem às necessidades da paciente, garantindo que ela se sinta segura, confiante e confortável.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo alcançou o objetivo estabelecido, ao abordar a coleta do material colpocitológico, demonstrando que vai além da técnica em si. A maneira como a mulher é tratada durante a consulta desempenha um papel fundamental e reforça a importância desse exame.

As informações e esclarecimentos fornecidos durante a consulta de enfermagem são inestimáveis, pois não apenas garantem que a mulher compreenda suas necessidades e o autocuidado, mas também buscam assegurar seu retorno para a coleta de material nos anos subsequentes.

Portanto, é crucial que o tempo e a qualidade da consulta de enfermagem sejam respeitados, desde a recepção da mulher até o acompanhamento e a entrega dos resultados, que devem receber a mesma importância que a primeira consulta.

Existem muitos desafios no controle do câncer cérvico-uterino, mas esses desafios podem ser superados com o comprometimento dos profissionais de saúde, especialmente da enfermagem, dos gestores de saúde e com financiamento adequado para a implementação das políticas públicas de saúde da mulher. É fundamental que todos os envolvidos trabalhem em conjunto para garantir o sucesso na prevenção e no tratamento dessa doença.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, J. A. Saúde da Mulher: políticas e ações no Brasil contemporâneo. Recife: Editora Universitária, 2023.

ALVARENGA, M. R. A promoção do exame colpocitológico no Brasil e suas implicações na prevenção do câncer de colo de útero. *Revista de Saúde Pública*, v. 37, n. 3, p. 360-369, 2023.

ANDRADE, J. P. O papel preventivo do exame Papanicolau na saúde da mulher. São Paulo: Editora Saúde, 2021.

ARAÚJO, Maria S.; OLIVEIRA, João P. O papel do enfermeiro na promoção da saúde e prevenção de agravos em unidades básicas de saúde. *Revista de Enfermagem em Saúde Comunitária*, v. 25, n. 3, p. 45-58, 2021.

NASCIMENTO, R. A. et al. O impacto histórico do exame Papanicolau na saúde da mulher: um estudo retrospectivo. *Jornal de Ginecologia e Obstetrícia*, v. 34, n. 2, p. 78-85, 2021.

CHRISTÓFORO, F. J. et al. Avaliação citopatológica e seus reflexos na prática clínica: uma revisão de literatura. *Revista de Patologia Clínica*, v. 33, n. 2, p. 130-137, 2021.

CORREA, M. S. Evolução do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher no Brasil. Porto Alegre: Editora Mulher e Saúde, 2014.

DANTAS, Felipe S.; MARTINS, Ana B. Importância da consulta de enfermagem e apoio emocional na realização do exame colpocitológico. *Revista de Enfermagem Clínica*, v. 17, n. 1, p. 88-101, 2022.

EDUARDO, J. A. Abordagem metodológica do exame colpocitológico: um guia para profissionais de saúde. São Paulo: Editora Saúde, 2021.

FERNANDES, L. M.; et al. Perfil epidemiológico do câncer de colo de útero no Brasil. Rio de Janeiro: Instituto Nacional do Câncer (INCA), 2022.

FERREIRA, A. B.; SANTOS, P. L.; ROCHA, V. M. Estratégias de controle para o câncer de colo de útero no Brasil: uma revisão histórica. *Revista de Saúde Pública*, v. 57, n. 2, p. 204-215, 2023.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (INCA). Estimativas 2022: Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2022.

LIMA, F. C. V. Ações de saúde da mulher: uma perspectiva histórica. *Revista Enfermagem e Saúde da Mulher*, v. 30, n. 4, p. 301-309, 2021.

LIMA, V. L.; CARVALHO, A. M. P. Introdução da vacina contra HPV no Brasil: repercussões e desafios. *Revista de Saúde e Políticas Públicas*, v. 10, n. 3, p. 12-22, 2015.

LOPEZ, R.; MARTINEZ, Y.; OLIVEIRA, Z. et al. Atualização profissional e avanços tecnológicos em práticas de rastreamento do câncer cervical: um estudo exploratório. *Revista de Oncologia Clínica*, v. 18, n. 2, p. 89-98, 2022.

MARTINS, L. M. Determinantes epidemiológicos no câncer cervical: uma análise crítica. Rio de Janeiro: Editora Ciência e Saúde, 2023.

MEDEIROS, M.; FÁTIMA, L. M. Políticas públicas de saúde da mulher: uma revisão histórica. *Revista Mulher e Saúde*, v. 8, n. 1, p. 33-42, 2009.

MONTENEGRO, L. M.; REZENDE, J. P. Neoplasias intraepiteliais cervicais: uma revisão sobre suas características e implicações clínicas. *Jornal de Oncologia*, v. 30, n. 3, p. 250-259, 2022.

MORENA, L. et al. Estratégias de detecção precoce para câncer do colo uterino: uma revisão sistemática. *Revista Brasileira de Oncologia*, v. 25, n. 1, p. 1-10, 2019.

MORENA, L.; SILVA, P.; COSTA, F. et al. Estratégias de detecção precoce para o câncer de colo uterino: avanços e desafios. *Revista de Saúde Pública*, v. 43, n. 3, p. 455-463, 2009.

OLIVEIRA, A. S.; MOURA, E. L. Inspeção e coleta no exame Papanicolau: uma metodologia detalhada para profissionais de saúde. *Revista da Associação Médica Brasileira*, v. 29, n. 1, p. 11-17, 2021.

OLIVEIRA, K.; MARTINS, L.; SILVA, N. Metodologias de pesquisa em saúde: uma abordagem prática para estudantes e profissionais. São Paulo: Editora Saúde, 2023.

OLIVEIRA, M. L. Transições epidemiológicas e saúde pública no Brasil. São Paulo: Editora da Saúde, 2021.

ORDOBA, E. L. Sistema Único de Saúde: criação, princípios e desafios. Brasília: Editora Nacional de Saúde, 2013.

PEREIRA, A.; SANTOS, B.; LIMA, M. et al. A eficácia combinada do exame Papanicolau e testes de HPV: uma estratégia de rastreio bidirecional. *Journal of Cervical Health*, v. 17, n. 4, p. 210-220, 2023.

RAMOS, J.; CARVALHO, S.; FERREIRA, E. A consultoria de enfermagem no rastreio do câncer de colo uterino: uma revisão integrativa. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 67, n. 5, p. 775-783, 2014.

RATTNER, D. Ações e programas voltados para a saúde da mulher no Brasil. *Revista de Saúde da Mulher*, v. 25, n. 3, p. 199-209, 2014.

RIBEIRO, A. P.; MARTINS, L. O. Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM): histórico e impactos na saúde da mulher brasileira. *Revista Saúde em Foco*, v. 29, n. 2, p. 113-124, 2021.

SANTOS, F. J. Participação popular na construção do SUS. São Paulo: Editora Saúde em Foco, 2022.

SANTOS, R.; RIBEIRO, M.; GOMES, F. Critérios de seleção e exclusão em revisões bibliográficas: uma análise crítica. *Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde*, v. 24, n. 3, p. 77-86, 2022.

SCHIMIT, Laura M.; GOMES, Maria F. Vínculo e acolhimento na assistência de enfermagem durante o exame colpocitológico. *Revista de Saúde da Mulher*, v. 28, n. 2, p. 180-195, 2021.

SILVA, J. P.; COSTA, M. F. Epidemiologia e impacto do câncer de colo de útero no Brasil. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, v. 34, n. 1, p. 10-17, 2022.

SILVA, J. P.; COSTA, M. F. Incidência e mortalidade por câncer de colo uterino no Brasil: uma análise epidemiológica. *Revista de Saúde Pública*, v. 35, n. 4, p. 365-372, 2023.

SILVA, M.; PEREIRA, J.; COSTA, L. Revisão integrativa: um método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Revista de Enfermagem Contemporânea*, v. 10, n. 1, p. 137-148, 2021.

SILVA, Maria R.; PEREIRA, Carla A. Apoio emocional e psicológico durante o exame colpocitológico: um estudo de caso. *Revista de Enfermagem Psicossocial*, v. 29, n. 3, p. 235-248, 2022.

SILVA, T. P. O exame colpocitológico e seus elementos: uma análise técnica. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 32, n. 5, p. 655-664, 2023.

SOUSA, Ana L.; SILVA, Carlos R. Assistência de enfermagem: abordagem humanizada e integral na realização do exame colpocitológico. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 32, n. 4, p. 312-325, 2022.

SOUZA, A. L.; GARCIA, M. R. Desafios atuais no combate ao câncer de colo de útero no Brasil. *Revista Brasileira de Oncologia Clínica*, v. 39, n. 1, p. 45-52, 2022.

SOUZA, P. M.; BORBA, L. S. Análise da técnica do exame colpocitológico e sua relevância na prevenção de câncer de colo uterino. *Revista Brasileira de Saúde da Mulher*, v. 31, n. 4, p. 350-358, 2021.

SOUZA, R. B.; BORBA, M. J. A relevância da anamnese na realização do exame colpocitológico: uma abordagem prática. *Revista de Atualização em Medicina*, v. 28, n. 4, p. 420-427, 2022.

VALE, R. F. et al. Metodologias eficientes na coleta do exame Papanicolau: um guia prático para profissionais de saúde. *Revista de Obstetrícia e Ginecologia*, v. 34, n. 2, p. 200-207, 2023.

A IMPORTÂNCIA DO ENFERMEIRO DE SAÚDE FAMILIAR, NA CAPACITAÇÃO DAS FAMÍLIAS

Data de aceite: 01/11/2023

**Antónia Raquel Alves da Silva
Abrunhosa**

RESUMO: **Enquadramento:** O envelhecimento da população leva a que assumam uma relevância cada vez maior os cuidados prestados pelas famílias e estes serão tanto mais eficazes quanto mais capacitadas estas estiverem. **Objetivos:** O objetivo deste artigo é o de perceber até que ponto a intervenção do Enfermeiro de Saúde Familiar, no processo de capacitação das famílias, pode ser relevante, no sentido da obtenção de ganhos em saúde. **Metodologia:** Revisão clássica da literatura e descrição narrativa e crítico-reflexiva da bibliografia consultada, procurando evidências de que o Enfermeiro de Saúde Familiar está apto a capacitar a família. **Resultados:** O Enfermeiro deve desenvolver uma visão holística da família procurando, sempre que possível, envolvê-la no diálogo e, dessa forma, na prossecução dos objetivos definidos. Merece um particular destaque a promoção da capacitação da família, pelo Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar, como resulta do respetivo

Regulamento de Competências Específicas.

Conclusão: Quanto mais adequados forem os cuidados prestados pelas famílias, mais evidente será a obtenção de ganhos em saúde, sendo fundamental que seja bem sucedido o processo de capacitação das mesmas. O Enfermeiro de Saúde Familiar é um profissional preparado para desenvolver esse processo.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermeiro de Família; Saúde Familiar; Capacitação; Famílias.

ABSTRACT: Background: The aging of the population means that the care provided by families is increasingly important and these will be more effective the more capable they are. **Objectives:** The objective of this article is to understand to what extent the intervention of the Family Health Nurse, in the process of empowerment families, can be relevant, in the sense of obtaining gains in health. **Methodology:** Classic literature Review and narrative and critical- reflexive description of the bibliography consulted, looking for evidence that the Family Health Nurse is able to empower the Family. **Results:** Nurses must develop a holistic view of the Family, seeking, whenever possible, to involve them in dialogue and,

thus, in the pursuit of defined objectives. Special mention should be made of the promotion of Family empowerment by the Specialist Nurse in Family Health Nursing, as a result of the respective Regulation of Specific Skills. **Conclusion:** The more adequate the care provided by families, the more evident the gains in health will be, and it is essential that the process of training them be successful. The Family Health Nurse is a professional prepared to develop this process.

KEYWORDS: Family Nurse; Family Health; Empowerment; Families.

THE IMPORTANCE OF THE FAMILY HEALTH NURSE, IN THE EMPOWERMENT OF FAMILIES TÍTULO: LA IMPORTANCIA DE LA ENFERMERA DE SALUD DE LA FAMILIA, EN LA CAPACITACIÓN DE LAS FAMILIAS

RESUMEN: **Marco contextual:** EL envejecimiento de la población hace que el cuidado de las familias sea cada vez más importante, y estas serán más eficaces cuanto más capaces sean. **Objetivos:** El objetivo de este artículo es comprender en qué medida la intervención de la Enfermera de Salud de la Familia, en el proceso de formación de las familias, puede ser relevante, en el sentido de obtener ganancias en salud. **Metodología:** Revisión de la literatura clásica y descripción narrativa y crítico-reflexiva de la bibliografía consultada, buscando evidencias de que la Enfermera de Salud de la Familia es capaz de empoderar a la familia. **Resultados:** El enfermero debe desarrollar una visión holística de la familia, buscando, siempre que sea posible, involucrarla en el diálogo y, así, en la búsqueda de los objetivos definidos. Especial mención merece la promoción de la formación familiar por parte de la Enfermera Especialista en Enfermería de Salud de la Familia, como consecuencia del respectivo Reglamento de Competencias Específicas. **Conclusión:** Cuanto más adecuada sea la atención brindada por las familias, más evidentes serán las ganancias en salud, y es fundamental que el proceso de capacitación sea exitoso. La Enfermera de Salud de la Familia es un profesional preparado para desarrollar este proceso.

PALAVRAS CLAVE: Enfermera de Familia; Salud de la Familia; Capacitación; Familias.

INTRODUÇÃO

São de recordar algumas ideias, que funcionam, no fundo, como pressupostos prévios deste trabalho.

Desde logo, importa lembrar o conceito de família.

De acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), a família é um grupo que é visto como uma “unidade social ou todo coletivo composto por pessoas ligadas através de consanguinidade; afinidade; relações emocionais ou legais; sendo a unidade ou o todo considerados como um sistema que é maior do que a soma das partes” (Enfermeiros, 2016, p. 143).

Já Hanson (2005, p. 6) considera que a “família refere-se a dois ou mais indivíduos que dependem um do outro para dar apoio emocional, físico e económico. Os membros da família são auto-definidos”.

Entretanto, Figueiredo (2012, p. 65) refere-se à família como sendo, ao mesmo tempo

um todo e as suas partes, assumindo características que ultrapassam e se diferenciam da mera soma das partes; não sendo as partes redutíveis ao todo e reciprocamente, qualquer alteração afetará, quer as suas partes, quer o todo, e ambos tendem a promover a mudança para o equilíbrio dinâmico da unidade de saúde familiar.

Por sua vez, Relvas (2003, p. 26) sublinha que “o grupo familiar não se identifica unicamente através de laços biológicos ou legais, mas antes como um conjunto de indivíduos que desenvolvem entre si, de forma sistemática e organizada, interações particulares que lhes conferem individualidade grupal e autonomia”.

Depois, é de lembrar que o envelhecimento da população leva a que assumam uma relevância cada vez maior os cuidados prestados pelas famílias (Figueiredo, 2009, p. 53).

Neste sentido, a própria Organização Mundial de Saúde (OMS) e a União Europeia “reconhecem o papel da família enquanto instância de prestação de cuidados”, sublinhando-se até que esta é um “recurso fundamental na promoção da qualidade de vida dos seus membros”, uma vez que é a célula vital da sociedade (Abreu, 2010, p. 8).

Também é de sublinhar que a eficácia desses cuidados depende da capacitação das famílias, podendo esta ser definida como o “processo através do qual os cidadãos ganham maior controlo sobre as decisões e ações que afetam a sua saúde” (Direção Geral da Saúde, 2017, p. 21). Aliás, o cuidador “precisa de ser considerado, não apenas como o responsável por cuidar das necessidades humanas básicas, mas também como alguém que precisa de cuidados e de preparo para assumir esse papel” (Nunes et al., 2015, pp. 1462-1463).

Finalmente, o Enfermeiro de Saúde Familiar, que é definido, pelo Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Familiar, como o profissional de referência a quem compete o acompanhamento especializado da família, enquanto unidade de cuidados, ao longo do ciclo vital (Ordem dos Enfermeiros, 2015, p. 17385), deve estar munido das competências adequadas para promover essa capacitação.

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS DE REVISÃO

É de salientar que o objetivo deste trabalho é perceber até que ponto a intervenção do Enfermeiro de Saúde Familiar, no processo de capacitação das famílias, pode ser relevante, para a obtenção de ganhos em saúde.

Como metodologia, foi feita uma revisão clássica da literatura e descrição narrativa e crítico-reflexiva da bibliografia consultada, com recurso a bases de dados e utilização de descritores, no sentido de pesquisar evidências que comprovem o objetivo do trabalho.

A estratégia de busca e seleção, embora com a liberdade inerente a uma revisão narrativa, não deixou de considerar estudos indexados, utilizando a plataforma EBSCOhost, acedida através da área reservada da Ordem dos Enfermeiros, e utilizando, entre outras,

as bases de dados MEDLINE Complete, CINAHL Complete, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive e Medic Latina. As palavras-chave foram definidas de acordo com descritores indexados, nomeadamente Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e Medical Subject Headings (MeSH).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Da pesquisa efetuada são de salientar os contributos de alguns estudos.

Assim, Martins & Santos (2020, p. 133) lembram que “o investimento na capacitação do doente e do CI, numa lógica de continuidade de cuidados, é um recurso muito vantajoso para as famílias, para a comunidade e sociedade em geral face ao aumento do número de pessoas dependentes no autocuidado”.

No mesmo sentido, Pires (2012, p.53) salienta o papel fundamental que os enfermeiros têm de assumir no apoio aos prestadores de cuidados, também considerando a sua proximidade das famílias.

Ainda na mesma sequência, Ferreira (2014, p.76) também concorda que “os enfermeiros são, pela essência da sua profissão, dos grupos profissionais que mais poderão contribuir e marcar a diferença na capacitação das famílias”.

Entretanto, Augusto et al.(2017, p.143) chamam a atenção para a importância da prevenção e construção de educação permanente aos cuidadores e familiares, através de estratégias de promoção de saúde por enfermeiros .

Já Meixedo (2013, p.22) chama a atenção para o facto de os cuidados de saúde primários poderem contribuir para a melhoria da saúde, quer da família, quer do elemento doente. A própria equipa de saúde, não só influencia, como também é influenciada pelo doente e sua família, sendo todos corresponsáveis pelos processo de cuidados. Seguindo a mesma linha de raciocínio, Hanson & Boyd (1996), bem como Wright & Leahey (2002), evidenciam a família como foco dos cuidados de enfermagem, sendo a unidade familiar afetada quando um ou mais dos seus membros tem problemas de saúde (as cited in Meixedo, 2013, p.41).

No mesmo sentido, Martins et al.(2012, p.687) consideram que “a enfermagem, em todo o mundo, esta se movimentando na direção da incorporação da família nos cuidados de enfermagem em quaisquer especialidades, como também, do desenvolvimento do corpo de conhecimentos enquanto especialidade de enfermagem de família”.

Também na mesma linha Ferreira et al. (2020, p.8), salientam que “ os cuidados de enfermagem à família desenvolvem-se numa relação terapêutica, dinâmica e recursiva caracterizada pela elaboração de soluções promotoras da mudança, a partir das potencialidades da família e respeitando a sua realidade”.

Finalmente, alguns estudos conseguem ser mais específicos e categóricos, no que concerne à Enfermagem de Saúde Familiar.

Por exemplo, Silva (2019, p.102) sublinha que, em função da sua proximidade aos cuidadores familiares, o Enfermeiro de Família reúne as condições necessárias, “no sentido de os dotar de competências que lhes permitam assumir o papel de cuidadores de uma forma mais saudável, e garantir a prestação de cuidados de qualidade ao seu familiar”.

Também Ferreira et al. (2012, p. 221) consideram que, dado que as famílias são, cada vez mais, solicitadas a desempenhar o papel de prestador de cuidados, “a conduta do Enfermeiro de Família assume importância, no sentido de apoiar ou ajudar estas famílias a encontrar um equilíbrio que lhes permita superar as alterações instituídas e favorecer um processo de adaptação mais rápido e consistente”.

Igualmente, Cruz et al. (2010, p.96) afirmam que “o conhecimento das vivências do cuidador informal deverá constituir-se como principal foco de atenção da intervenção do Enfermeiro de Família”, com vista a compreender melhor a “experiência do cuidar, fazendo com que os cuidadores informais familiares melhorem o seu desempenho”.

Ainda Regadas & Pinto (2010, p. 109) apontam para o entendimento da família “como parte do processo do cuidar, em que a figura do Enfermeiro de Família surge cada vez mais creditada”. No entanto, apesar dos últimos estudos referidos, uma limitação da presente revisão tem, precisamente, a ver com alguma escassez de estudos, mais especificamente direccionados para a Enfermagem de Saúde Familiar, como reportam Frade et al. (2021, p.7), que também salientam que “são necessários estudos que reforcem a importância do trabalho dos enfermeiros com as famílias, perspectivando a promoção, manutenção e reabilitação da saúde das famílias”.

Após a análise dos vários estudos, há alguns pontos que merecem ser evidenciados.

Em primeiro lugar, os vários estudos convergem na importância e na necessidade de capacitar os cuidadores.

Em segundo lugar, há um consenso de que são os Enfermeiros que devem promover essa capacitação.

Em terceiro lugar, também parece claro que a família é – e tende a ser cada vez mais – um foco da Enfermagem.

No entanto, entre os estudos consultados e os selecionados, só cinco são específicos no papel do Enfermeiro de Saúde Familiar e um deles até salienta, justamente, a escassez de estudos mais centrados nesta área disciplinar da Enfermagem. Eventualmente, a referida escassez de estudos pode estar relacionada com o facto de esta área de Especialização ser ainda recente. Em função dos referidos resultados, podem formular-se mais algumas considerações.

Assim, o Enfermeiro deve desenvolver uma visão holística da família (Martins et al., 2012, p.689), procurando, sempre que possível, envolvê-la no diálogo e, dessa forma, na prossecução dos objetivos definidos. Também a deve ajudar a enfrentar as transições com que se depara, ao longo do ciclo vital, bem como identificando os pontos fortes e os fatores de *stress*. Aliás, a capacitação da família é indissociável da transição de papeis, sendo de

salientar a Teoria das Transições, de Meleis (2010), que reforça o papel dos enfermeiros enquanto facilitadores das referidas transições, assim como na capacitação dos cuidadores (as cited in Silva, 2019, p.30). De resto, os enfermeiros têm um papel fundamental em todo o processo de preparação, formação, integração e acompanhamento dos cuidadores na prestação de cuidados (Regadas & Marques, 2012, p. 253).

Merece um particular destaque a promoção da capacitação da família, pelo Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar, como resulta do respetivo Regulamento de Competências Específicas (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 19357).

A capacitação assume tal importância que o Plano Nacional de Saúde (PNS), no âmbito do eixo estratégico da Cidadania em Saúde, propõe a “promoção de uma cultura de cidadania que visa a promoção da literacia e da capacitação dos cidadãos, de modo que se tornem mais autónomos e responsáveis em relação à sua saúde e à saúde de quem deles depende (Direção Geral da Saúde, 2015, p. 14).

Um aspeto também essencial é que uma avaliação familiar adequada, uma comunicação assertiva e o envolvimento da família na prossecução dos objetivos são recursos importantes, que o enfermeiro deve utilizar, para que o processo de capacitação se torne mais eficaz.

No fundo, há alguns aspetos, no desenvolvimento do processo de capacitação, que devem merecer particular atenção por parte do Enfermeiro de Saúde Familiar, nomeadamente: recolha, o mais completa possível, de informações sobre a família; avaliação da família adequada, mediante a utilização dos instrumentos de avaliação familiar; entrevista à família, com todos os seus membros (esta entrevista deve ser muito bem preparada, deve ter objetivos bem definidos, deve ser dinâmica e deve fornecer os elementos necessários para uma reavaliação familiar); reflexão crítica sobre os elementos recolhidos, designadamente, sobre a composição da família, as suas forças, as suas dinâmicas internas, a sua caracterização socioeconómica e a prestação de cuidados (quem o faz, como o faz e o que há a melhorar); preparação e concretização da capacitação, tendo como critério a avaliação familiar que foi efetuada e não perdendo de vista que a referida capacitação deve ser personalizada, em função das especificidades de cada família; a capacitação não deve incidir, exclusivamente sobre o cuidador, mas sim, sobre a família, como um todo.

CONCLUSÃO

Em conclusão, resultam da bibliografia consultada algumas evidências. Em primeiro lugar, quanto mais adequados forem os cuidados prestados pelas famílias, mais evidente será a obtenção de ganhos em saúde, sendo fundamental que seja bem sucedido o processo de capacitação das mesmas. Depois, não é possível obliterar que o Enfermeiro de Saúde Familiar tem uma relação de proximidade com a família, uma vez que a acompanha, ao

longo de todo o ciclo vital, e tem acesso a recursos, que deve utilizar, para que o processo de capacitação se torne mais eficaz. Finalmente, sendo certo que o Enfermeiro de Saúde Familiar detém competências que evidenciam que é um profissional preparado para promover o processo de capacitação e em função dos já aludidos aspetos de proximidade e recursos, parece claro que o Enfermeiro de Saúde Familiar reúne as condições para que o processo de capacitação das famílias seja bem sucedido, levando a que os cuidados prestados sejam melhores, com os consequentes ganhos em saúde.

REFERÊNCIAS

- Abreu, M. (2010). Avaliação dos Cuidadores: Uma Revisão Sistemática. Em E. S. Porto, *Redes de Conhecimento em Enfermagem de Família* (pp. 157-166). Porto: Núcleo de Investigação de Enfermagem da Família.
- Augusto, V. G., Moreira, M. P., & Alexandre, S. G. (2017). Lesão por Pressão: Avaliação dos Custos do Tratamento em Idosos Atendidos em Domicílio na Saúde Suplementar. *Estima*, pp. 139-144. doi:<http://dx.doi.org/10.5327/Z1806-3144201700030004>
- Cruz, D., Loureiro, H., Fernandes, M., & Silva, M. (2010). As Vivências Positivas do Cuidador Familiar do Idoso Dependente. Em E. S. Porto, *Redes de Conhecimento em Enfermagem de Família* (pp. 93-101). Porto: Núcleo de Investigação de Enfermagem de Família.
- Direção Geral da Saúde . (Maio de 2015). *Plano Nacional de Saúde - Revisão e Extensão a 2020*. Obtido de <http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5-wpengine.netdna-ssl.com/files/2015/06/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020.pdf.pdf>
- Direção Geral da Saúde . (2017). *Semântica da Informação em Saúde -2017*. Obtido de <https://www.dgs.pt/portal-da-estatistica-da-saude/diretorio-de-informacao/diretorio-de-informacao/por-serie-906570-pdf.aspx?v=%3d%3dDwAAAB%2bLCAAAAAAABArySzltzVUy81MsTU1MDAFAHzFefkPAAAA>
- Enfermeiros, C. I. (2016). *CIPE Versão 2015- Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ferreira, A., Pereira, A., Ferreira, S., Vieira, E., & Meireles, N. (2012). Comunicando com a Família: Qual a importância do Enfermeiro de Família? Em J. C. Carvalho, M. C. Barbieri- Figueiredo, H. I. Fernandes, A. I. Vilar, L. Andrade, M. R. Santos, . . . P. Oliveira, *Transferibilidade do Conhecimento em Enfermagem e Família* (pp. 220-224). Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Ferreira, M., Pereira, C., Rodrigues, M. J., Paiva, M., Arrojado, V., & Figueiredo, M. H. (22 de 12 de 2020). Ganhos em Saúde Familiar Sensíveis ao Modelo Dinâmico de Avaliação/Intervenção Familiar. *RIIS - Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, pp. 7-20. doi:<https://doi.org/10.37914/riis.v3i2.84>
- Ferreira, S. A. (2014). *Capacitação da Família no Cuidado ao Doente em Fase Final de Vida Intervenção de Enfermagem*. Lisboa.
- Figueiredo, M. H. (2009). *Enfermagem de Família: Um Contexto do Cuidar (Dissertação de Doutoramento em Ciências de Enfermagem, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto)*. Obtido de <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/20569/2/Enfermagem%20de%20Família%20Um%20Contexto%20do%20CuidarMaria%20Henriqueta%20Figueiredo.pdf>

Figueiredo, M. H. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar - Uma Abordagem Colaborativa em Enfermagem de Família*. Loures: Lusociência.

Frade, J. M., Henriques, C. M., & Frade, M. F. (24 de 2 de 2021). A Integração da Família nos Cuidados de Enfermagem: Pespetiva de Enfermeiros e Estudantes de Enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, pp. 1-8. doi:10.12707/RV20158

Hanson, S. M. (2005). Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família: Uma Introdução. Em S. M. Hanson, *Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família- Teoria, Prática e Investigação* (pp. 3-37). Loures: Lusociência.

Martins, M. M., Fernandes, C. S., & Gonçalves, L. H. (8 de 10 de 2012). A Família como Foco dos Cuidados de Enfermagem em Meio Hospitalar: Um programa Educativo. *Revista Brasileira de Enfermagem*, pp. 1-6.

Martins, R., & Santos, C. (31 de 7 de 2020). Capacitação do Cuidador Informal: O Papel dos Enfermeiros no Processo de Gestão da Doença. p. 133.

Meixedo, A. (2013). Cuidados de Enfermagem à Família do Doente em Fim de Vida. Viana do Castelo, Portugal. Obtido de <http://hdl.handle.net/20.500.11960/1192>

Ordem dos Enfermeiros . (16 de Julho de 2018). *Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na área de Enfermagem de Saúde Familiar*. Obtido de Ordem dos Enfermeiros: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8418/115698536.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (29 de Junho de 2015). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Familiar*. Obtido de Ordem dos Enfermeiros: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_367_2015_Padroes_Qualidade_Cuidados_Especializados_EnfSaudeFamiliar.p df

Pires, A. C. (2012). *Capacitar a família na adaptação ao papel de cuidadora perante situações de dependência aguda*. Santarém.

Pires, A. C. (2012). *Capacitar a Família na Adaptação ao Papel de Cuidadora Perante Situações de Dependência Aguda (Relatório de Estágio do Mestrado de Saúde Familiar, Escola Superior de Saúde de Santarém, Instituto Politécnico de Santarém)*. Obtido de <http://hdl.handle.net/10400.15/1243>

Regadas, S., & Pinto, C. (2010). Enfermagem de Família: Benefícios para quem cuida e para quem é cuidado. Em E. S. Porto, *Redes de Conhecimento em Enfermagem de Família* (pp. 108-126). Porto: Núcleo de Investigação de Enfermagem de Família .

Regadas, S., & Marques, G. (2012). A Enfermagem e as Famílias Prestadoras de Cuidados. Em J.

C. Carvalho, M. C. Barbieri-Figueiredo, H. I. Fernandes, A. I. Vilar, L. Andrade, M. R. Santos, . . . P. Oliveira, *Transferibilidade do Conhecimento em Enfermagem de Família* (pp. 252-258). Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Relvas, A. P. (2003). A Terapia Familiar. Teoria e Prática. Em A. P. Relvas, *Por Detrás do Espelho- Da Teoria à Terapia com a Família* (pp. 13-38). Coimbra: Quarteto.

Silva, S. H. (2019). *Enfermeiro de Família: Um Promotor da Capacitação do Cuidador Informal Familiar em Contexto de Visita Domiciliária*. Universidade de Aveiro. Aveiro: Universidade de Aveiro.

CUIDADO DE SI COM ÊNFASE NOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

Data de aceite: 01/11/2023

Amanda Silva de Oliveira

Hospital Universitário da Universidade
Federal do Maranhão-
HUUFMA/EBSERH
São Luis – Ma
<https://orcid.org/0000-0003-0787-9989>

Andrea de Jesus Sá Costa Rocha

Universidade Federal do Maranhão-
UFMA
São Luis – Ma
<https://orcid.org/0000-0002-5086-1875>

Juliana Campos Coêlho

Universidade Federal do Maranhão-
UFMA
São Luis – Ma
<http://lattes.cnpq.br/6245202723915798>

Silvana Mendes Costa

Universidade Federal do Maranhão-
UFMA
São Luis – Ma
<http://lattes.cnpq.br/8430785014704870>

Eremilta Silva Barros

Universidade Federal do Maranhão-
UFMA
São Luis – Ma
<https://orcid.org/0000-0001-8214-0311>

Joseneide Teixeira Câmara

Universidade Estadual do Maranhão-
UEMA
Caxias-Ma
<https://orcid.org/0000-0002-8312-1697>

Jocilene da Cruz Silva

Hospital Universitário da Universidade
Federal do Maranhão-
HUUFMA/EBSERH
São Luis – Ma
<http://lattes.cnpq.br/1660973279681276>

Bianca Vieira da Silva

Hospital Universitário da Universidade
Federal do Maranhão-
HUUFMA/EBSERH
São Luis – Ma
<http://lattes.cnpq.br/5693355432416417>

Karla Andreia da Costa Carvalho

Hospital Universitário da Universidade
Federal do Maranhão-
HUUFMA/EBSERH
São Luis – Ma
<http://lattes.cnpq.br/7041735563282346>

Thaise Almeida Rodrigues

Maternidade de Alto Risco de Imperatriz -
MARI, Imperatriz - MA
<https://orcid.org/0000-0003-2138-5934>

RESUMO: O cuidado de si exige autoconhecimento e autodomínio, busca do sujeito esforço diário de transformação pessoal, assim a compreensão de si mesmo para a prática do cuidado é fundamental, para que se possa doar ao outro. **Métodos:** Trata-se revisão integrativa, a seleção ocorreu no mês de outubro de 2021. Foram utilizados como critérios de inclusão: artigos com texto disponíveis na íntegra, no idioma inglês, espanhol e português, com período de produção de 2010 a 2020 nas bases de dados Biblioteca Virtual da Saúde (BVS), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Base de Dados de Enfermagem (BDENF). A amostra foi composta de 14 artigos. **Resultados:** Os achados foram categorizados em estratégias de cuidado de si, efeitos do cuidado de si na prática profissional. **Conclusão:** Averiguou-se que os enfermeiros são cientes das ações que devem tomar para ter uma vida saudável. Na categoria Estratégias de cuidado de si observou-se algumas estratégias utilizadas como: pensamento positivo, Inventário de Estratégias de Coping, hábitos de vida saudável e técnicas de redução de estresse, consideradas relevantes como estratégias positivas que favorecem o cuidado de si.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde Mental; Prevenção de doenças; Enfermagem; Autocuidado.

CARE OF YOURSELF WITH EMPHASIS ON NURSING PROFESSIONALS

ABSTRACT: Self-care requires self-knowledge and self-control, the subject seeks daily effort for personal transformation, so understanding oneself for the practice of care is fundamental, so that one can donate to others. **Methods:** This is an integrative review, the selection took place in October 2021. The following inclusion criteria were used: articles with text available in full, in English, Spanish and Portuguese, with a production period from 2010 to 2020 in the databases data Virtual Health Library (VHL), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences (LILACS), Nursing Database (BDENF). The sample consisted of 14 articles. **Results:** The findings were categorized into self-care strategies, effects of self-care on professional practice. **Conclusion:** It was found that nurses are aware of the actions they must take to have a healthy life. In the Self-care Strategies category, some strategies were observed, such as: positive thinking, Coping Strategies Inventory, healthy lifestyle habits and stress reduction techniques, considered relevant as positive strategies that promote self-care.

KEYWORDS: Mental health; Prevention of diseases; Nursing; Self-care.

1 | INTRODUÇÃO

Ao se falar em cuidar, considera-se este como um processo interativo previsto em uma relação afetiva entre sujeitos. Ademais, o cuidado deve ser estruturado baseando-se em alguns pontos chave como a escuta, a fala, a empatia, o acolhimento, a confiança, o respeito e a autonomia. Dessa maneira, “cuidar não é cercear e nem controlar, pelo contrário, é produzir potências para a cura”¹.

As ações do cuidar são reconhecidas socialmente e estão relacionadas à natureza do ser humano que no âmbito sociocultural do exercício do cuidar sempre exige o acolhimento de uma individualidade. Dessa forma o cuidado de enfermagem revela ações que, em sua

essência, vão além das técnicas e práticas mecanicistas e automatizadas².

Para a prática do cuidado é fundamental a compreensão de si mesmo. Sendo assim, o cuidado de si é uma arte de tornar-se melhor, mais sensato, o que exige autoconhecimento e domínio de si. O cuidado de si demanda do sujeito esforço diário de autoconhecimento e de transformação ambos pessoais e intransferíveis que se efetiva mediante a exercício constante, ou seja, exercício e prática³.

Como Foucault⁴ressalta, para cuidar de pessoas, é fundamental o cuidado de si como pré-requisito, não sendo possível separar dimensões pessoais e profissionais, pois, somente quando se pratica o cuidado de si, é que se pode doar ao outro, oferecendo o melhor de seu conhecimento e sua presença.

O cuidado de si não designa simplesmente uma preocupação, mas todo um conjunto, uma ocupação regrada, um trabalho com procedimentos e objetivos. O cuidado de si é descrito como um “labor que resulta em tempo para praticá-lo em exercício de si mesmo, e em toda a filosofia antiga, o cuidado de si foi considerado como dever e técnica, contendo um grau de obrigação fundamental”⁵.

A prática do cuidar de si deve ser incorporada sistematicamente em todas as áreas de atuação da enfermagem com a finalidade de minimizar os desgastes físico, emocional e mental a que esses profissionais estão expostos. Portanto, o cuidado de si não pode ser compreendido como algo a ser prescrito, mas sim algo a ser conquistado pela busca do conhecimento interior, sendo particularmente, uma busca individual, que se dá no encontro consigo e com o outro⁶.

O cuidado consiste em um conceito central no desenvolvimento das pesquisas em enfermagem, autores como Tomasschewski-Barlem⁷ acrescentam que o exercício de cuidar de si perpassa pelos cuidados apreendidos como imprescindíveis para que os profissionais de enfermagem promovam o equilíbrio social, físico e emocional no desenvolvimento de suas atividades diárias.

Nesse contexto, questionam-se: Quais as estratégias do cuidado de si os profissionais de enfermagem buscam para prevenção de problemas na saúde mental? Propõe-se problematizar as ações/intervenções no cuidado de si que possam contribuir com a prevenção dos problemas relacionados à saúde mental destes profissionais.

O objetivo do estudo é discutir o cuidado de si com ênfase nos profissionais de enfermagem para a prevenção dos problemas de saúde mental.

2 | MÉTODOS

Trata-se de uma revisão integrativa, cuja finalidade do método é sintetizar e aprofundar o conhecimento a cerca de um determinado fenômeno investigado. Para tanto, foram desenvolvidas as seguintes etapas: elaboração da questão norteadora, busca na literatura dos estudos primários, extração de dados dos estudos primários, avaliação dos

estudos primários, análise e síntese dos resultados, e apresentação da revisão integrativa⁸.

A seleção ocorreu no mês de outubro de 2021. Dentre os critérios de inclusão dos artigos considerou-se: artigos com textos disponíveis na íntegra, no idioma inglês, espanhol e português, produzidos no período de 2010 a 2020, indexados nas bases de dados Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (Medline) – por meio do buscador PubMed – e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), Base de Dados de Enfermagem (BDENF), acessadas por meio da Biblioteca Virtual da Saúde (BVS).

Elencou-se como critérios de exclusão: revisão integrativa ou sistemática, teses e dissertações, trabalhos de conclusão de curso não publicados, livros e capítulos de livros, artigos duplicados e artigos que após a análise não respondiam a questão norteadora.

Utilizou-se os descritores de acordo com o Medical Subject Heading (MeSH) utilizados nas bases de dados, por meio do conector booleano AND foram: “Mental Health” AND “Disease Prevention” AND “Nursing” AND “self care”. Na busca inicial nas bases de dados foram encontrados 1592 artigos, após adequação nos critérios de inclusão e filtros, foram identificados 400 artigos, destes 388 na Medline, 12 na Lilacs e 7 na BDENF. Após esta etapa, foram lidos os títulos e resumos dos artigos, onde 375 artigos foram excluídos, restando 25 artigos. Analisou-se os artigos na íntegra e 14 foram incluídos, todos pertencentes a base Medline. A Figura 1 mostra o Fluxograma representativo da busca nas bases de dados Lilacs, Medline e BDENF.

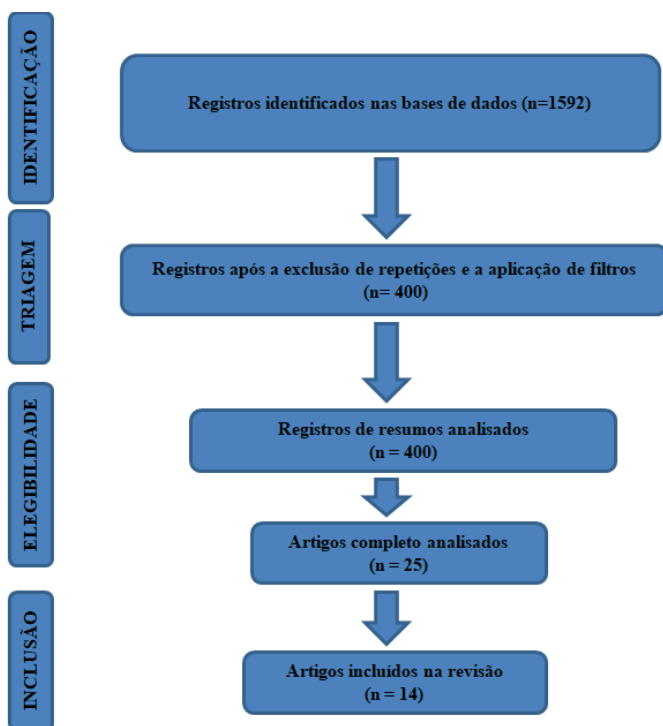


Figura 1- Fluxograma representativo da busca nas bases de dados Lilacs, Medline e BDENF.

3 | RESULTADOS

A partir da revisão integrativa, utilizando-se os descritores e as bases de dados mencionados, foram selecionados 14 artigos que melhor atenderam ao objetivo proposto da presente pesquisa. Elaborou-se o quadro 1 que possui informações sobre ao título, objetivo, método e evidência e o quadro 2 que mostra os resultados segundo às categorias identificadas

A tabela 1 a seguir contém a caracterização de cada artigo selecionado.

Nº	Título	Objetivo	Métodos	Evidência
1	The importance of teamwork climate of preventing burnout in UK general practices.	Examinar a associação entre o trabalho em equipe e o burnout nos profissionais clínicos gerais.	Estudo misto, descritivo. Aplicado em 20 profissionais da saúde.	6
2	Health and intention to leave the profession of nursing - which individual, social and organisational resources buffer the impact of quantitative demands? A cross-sectional study.	Analisar o efeito amortecedor dos recursos individuais, sociais e organizacionais sobre a saúde e a intenção de deixar a profissão.	Estudo Transversal, realizado com 1316 enfermeiras em cuidados paliativos.	6
3	Group-Based Acceptance and Commitment Therapy for Nurses and Nurse Aides Working in Long-Term Care Residential Settings.	Avaliar a eficácia da a Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) em Enfermeiros e Auxiliares de Enfermagem que Trabalham em Ambientes Residenciais de Cuidados de Longo Prazo,	Ensaio Clínico Randomizado. Participaram 71 enfermeiras e auxiliares de enfermagem.	2
4	Work-Related Stress and Positive Thinking Among Acute Care Nurses: A Cross-Sectional Survey.	Avaliar a relação entre as percepções de estresse relacionado ao trabalho e o uso de pensamento positivo entre enfermeiros de cuidados agudos	Estudo Transversal, aplicado com 298 Enfermeiras de cuidados agudos.	6
5	Impact of Coping Strategies on Nurses' Well-Being and Practice.	Examinar os mecanismos de estratégias de enfrentamento no bem-estar psicológico, ambientes de prática e atitudes de segurança do enfermeiro.	Estudo transversal, realizado com 500 enfermeiras clínicas.	6
6	A Brief Mindfulness-Based Self-Care Curriculum for an International Group of Palliative Care Providers	Verificar a viabilidade do <i>mindfulness</i> focado no autocuidado para um grupo interprofissional.	Ensaio Clínico Randomizado, realizado com 29 profissionais da saúde de cuidados paliativos.	2
7	Burnout Risk and Protection Factors in Certified Nursing Aides	Identificar as relações entre alguns fatores organizacionais, pessoais e sociodemográficos e o burnout.	Pesquisa empírica, composta por 278 auxiliares de enfermagem de diferentes centros de saúde.	6
8	The protective role of Self-esteem perceived social support and job satisfaction against psychological distress among Chinese nurses.	Determinar a prevalência de sofrimento psicológico e explorar os papéis protetores combinados de auto-estima, apoio social percebido e satisfação no trabalho contra sofrimento psicológico.	Estudo transversal, participaram 581 Enfermeiras de unidades hospitalares.	6

9	The effect of perceived organisational support on burnout among community health nurses in China: the mediating role of professional self-concept	Examinar o efeito mediador do autoconceito profissional sobre a associação entre a percepção do suporte organizacional e o esgotamento.	Estudo transversal com 456 enfermeiros de saúde comunitária .	6
10	“Not just a theory”: the Relationship Between Jin Shin Jyutsu Self-Care Training for Nurses and Stress, Physical Health, Emotional Health, and Caring Efficacy	Avaliar a eficácia de treinar enfermeiras no Jin Shin Jyutsu e correlacionar o treinamento com a mensuração do stress pessoal e organizacional e o cuidado aos pacientes.	Pesquisa quase experimental, com 20 enfermeiras.	6
11	Nurses’ self-care behaviors related to weight and stress	Avaliar os comportamentos de autocuidado dos enfermeiros.	Estudo transversal, com uma amostra de 183 enfermeiras recrutadas em um hospital universitário urbano.	6
12	Identifying work ability promoting factors for home care aides and assistant nurses.	Identificar fatores promotores da capacidade para o trabalho e da autoeficácia em auxiliares e auxiliares de enfermagem em serviços de atenção domiciliar.	Estudo Transversal, com 58 Auxiliares de saúde e 79 auxiliares de enfermagem.	6
13	Situational and dispositional influences on nurses’ workplace well-being: the role of empowering unit leadership.	Testar um modelo multinível de empoderamento estrutural.	Amostra incluiu 3.156 enfermeiras na área cirúrgicas ou de cuidados intensivos.	6
14	Seclusion as a necessary intervention: the relationship between burnout, job satisfaction and therapeutic optimism and justification for the use of seclusion.	Verificar a relação entre burnout, satisfação no trabalho e otimismo terapêutico e a justificativa do uso da reclusão.	Estudo quantitativo, com amostra de 123 enfermeiros de unidades de internação de saúde mental.	6

Tabela 1- Caracterização dos artigos selecionados.

O quadro 2 apresenta os principais resultados encontrados nos artigos de acordo com as categorias identificadas intituladas “Estratégias de cuidado de si” e “ O cuidado de si na prática profissional”.

Nº	Resultados
	Estratégias de cuidado de si
3	Os participantes do grupo Terapia de Aceitação e Compromisso relataram significativamente menos dias perdidos devido a lesões e uma redução significativa nos sintomas de saúde mental em comparação com o grupo de controle. Os participantes do grupo avaliaram a intervenção de maneira muito favorável.
4	Verificou-se um nível mais alto de percepção de estresse relacionado ao trabalho associado ao uso de pensamento positivo. As habilidades de pensamento positivo estão sendo usadas para lidar com o estresse. As pontuações médias de Escala de Habilidades de Pensamento Positivo (PTSS) para ambos os grupos estavam apenas ligeiramente acima média, sugerindo que o uso do pensamento positivo pelas enfermeiras como uma habilidade de enfrentamento pode ser melhorado por meio de treinamento formal e educação.
5	As estratégias de enfrentamento orientadas para a abordagem têm efeitos positivos significativos no bem-estar psicológico e na segurança do paciente, e as estratégias de enfrentamento evitativas têm o efeito oposto. A qualidade do ambiente de prática de enfermagem possui impacto na satisfação com a vida dos enfermeiros. As estratégias de enfrentamento evitativas, nas quais os indivíduos tentam reinterpretar o estressor em vez de modificar sua causa externa, preveem resultados negativos de saúde mental em enfermeiras hospitalares.

6	A aplicação da técnica de <i>mindfulness</i> focado no autocuidado verificou níveis aumentados de atenção plena, práticas de atenção plena e conhecimento, nenhuma mudança estatisticamente significativa foi observada nos níveis de <i>burnout</i> e nos níveis de estresse.
10	O autocuidado Jin Shin Jyutsu pode ser uma ferramenta valiosa para os enfermeiros diminuindo o estresse, tanto emocional quanto físico e aumentando a eficácia do cuidado. Observou-se aumentos significativos na perspectiva positiva, gratidão, motivação, calma e eficácia da comunicação e diminuições significativas na raiva, ressentimento, depressão, sintomas de estresse, pressão de tempo e questões de moral. As enfermeiras relataram menos dores musculares, insônia e dores de cabeça.
11	A maioria dos participantes relatou falta de exercício, e mais da metade tinha um padrão de refeição irregular. O índice de massa corporal (IMC) médio foi sobrepeso ou obeso. Os participantes que relataram maior estresse tinham horários de refeições mais irregulares. O método de liberação de estresse mais frequentemente usado foi comer, seguido de exercício. Os enfermeiros estão totalmente cientes das medidas que devem ser tomadas para uma vida saudável. Seu conhecimento, entretanto, não foi bem traduzido em seu autocuidado. A medida que aumenta a escassez de enfermagem, manter a saúde da força de trabalho de enfermagem que está envelhecendo é essencial para a retenção
O cuidado de si na prática profissional	
1	Os trabalhadores da atenção primária valorizam o trabalho em equipe para melhorar o bem estar, a moral e melhorar a prestação de serviços. Sugeriram implementação de trabalho de baixa intensidade, como intervalos diários, pausa para almoço e café em equipe, podendo melhorar na redução do esgotamento, além de fornecer momento e espaço para relaxamento, e melhorar as relações sociais.
2	O reconhecimento salarial, boa equipe de trabalho, treinamento de comunicação e atividades ou eventos da equipe para fortalecer a equipe promove a redução do risco de burnout e aumenta a satisfação no trabalho entre enfermeiros em cuidados paliativos.
7	A síndrome de <i>burnout</i> está significativa e negativamente relacionada a todos os fatores de inteligência emocional, autoeficácia e suporte social percebido. O risco de burnout é maior em pessoas mais jovens e em profissionais com vínculo permanente. A autoeficácia geral e o controle do estresse atuam como fatores de proteção contra a probabilidade de burnout.
8	A prevalência de sofrimento psíquico foi de 92,3. A satisfação no trabalho, a autoestima e o suporte social percebido foram identificados, nesta ordem de importância, como fatores de proteção ao sofrimento psíquico.
9	A amostra final incluiu 456 enfermeiros. Escores médios de exaustão emocional, despersonalização e baixa. Verificou-se o suporte organizacional percebido positivo pode resultar em aumento do comprometimento organizacional e diminuição das reações de estresse, como desgaste do trabalho e proteção contra <i>burnout</i> . O autoconceito profissional contribui para a redução do <i>burnout</i> e pode proteger um indivíduo do impacto negativo do estresse.
12	As percepções de segurança pessoal, autoeficácia e bem-estar musculoesquelético contribuíram para a capacidade para o trabalho dos auxiliares de enfermagem.
13	Os resultados evidenciaram que enfermeiros com baixa autoavaliação central eram mais propensos a vivenciar maior exaustão emocional, o que reduzia seu nível de satisfação no trabalho. O relacionamento de alta qualidade com a liderança foram associados a uma maior percepção de empoderamento estrutural na unidade, além de níveis mais elevados de empoderamento organizacional foram significativamente relacionados à menor exaustão emocional.
14	Os participantes que experimentaram mais sintomas de burnout eram mais propensos a apoiar o uso de reclusão. Evidências de que o burnout pode impactar na qualidade da prática de enfermagem, mas também enfoca uma área específica da prática de enfermagem em saúde mental, como também participantes com pontuações mais altas de otimismo terapêutico e pontuações mais baixas para exaustão emocional foram significativamente menos propensos a apoiar o uso de reclusão em situações específicas

Tabela 2- Categorização dos resultados dos artigos selecionados.

4 | DISCUSSÃO

A categoria “Estratégias de cuidado de si” evidenciou que estratégias como pensamento positivo, Inventário de Estratégias de *Coping*, hábitos de vida saudável e

técnicas que reduzem o estresse são consideradas relevantes como estratégias positivas que favorecem o cuidado de si.

Diante dos resultados encontrados é possível afirmar que as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) quando são ofertadas têm potencial de contribuição para a qualidade de vida dos trabalhadores, tanto por proporcionar melhora do sono, redução do estresse, alívio das dores e outras queixas, como para favorecer o protagonismo desses sujeitos em seu autocuidado.²

Verificou-se que os enfermeiros estão totalmente cientes das medidas que devem ser tomadas para uma vida saudável. Seu conhecimento, entretanto, não foi bem traduzido no cuidado de si corroborando com estudo realizado com enfermeiros e acadêmicos de enfermagem do Rio Grande do Sul²⁵, onde se é demonstrado que a enfermagem possui papel de destaque em relação ao cuidado, o que torna imprescindível ter uma qualidade de vida de excelência.

O Inventário de Estratégias de *Coping* (IEC) confere estratégias cognitivas com o objetivo de afastar o evento estressor. Neste estudo verificou-se que estratégias de enfrentamento possuem efeitos positivos no bem-estar psicológico e na segurança do paciente. Em uma pesquisa transversal em uma Unidade de Cuidados Paliativos com 105 profissionais de enfermagem onde se percebeu que o *Coping* é considerado uma relação de sobrevivência da enfermagem no ambiente de trabalho, possibilitando diminuir os sentimentos desconfortáveis, ameaças ou perdas no ambiente labora.^{26,30}

Na categoria “Efeitos do cuidado de si na prática profissional” avaliou-se que clima organizacional, autoconceito profissional e autoeficácia possibilitam benefícios no cuidado de si.

O clima organizacional da equipe de enfermagem é influenciada por fatores como: comunicação, integração, satisfação e desenvolvimento profissional. As condições de trabalho satisfatórias para realização do processo de trabalho de forma adequada implicam na qualidade da assistência à saúde ofertada. Confirmando os achados nos artigos desta revisão que relatam que o reconhecimento salarial, boa equipe de trabalho e atividades da equipe aumentam a satisfação no trabalho entre enfermeiros²⁷

Ao refletir sobre autoconceito profissional para redução do *burnout* e na possível proteção do indivíduo no impacto negativo do estresse dado semelhante de pesquisa realizado com Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação constata que apenas o autoconceito é responsável pela variância da satisfação profissional, ou seja, quanto mais satisfeitos se encontrarem os especialistas menor é o autoconceito.²⁸

Pesquisas possuíram o enfoque na apoderação do conhecimento dos enfermeiros sobre a autoeficácia na aplicação clínica. Portanto, conclui-se que há pouco uso dessa variável pelos profissionais de Enfermagem, em contrapartida com os resultados encontrados nesse estudo, conclui-se que as percepções de segurança pessoal e autoeficácia contribuíram para a capacidade para o trabalho dos auxiliares de enfermagem²⁹.

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

O cuidado de si permeia na apropriação do cuidado da própria alma, de aprender a viver e ocupar-se com suas próprias necessidades, está relacionado a um exercício de auto compreensão, nesse sentido, o cuidado de si mesmo é uma atitude ligada ao exercício ético-político da política, ao modo como encara-se as coisas no cotidiano, de estar no mundo, de relacionar-se com o outro e consigo mesmo, de modificar-se e de se transformar.

O aprendizado de técnicas e estratégias de cuidados de si tais como pensamento positivo, *Coping*, a adesão de hábitos de vida saudável pode proporcionar ao profissional de enfermagem um desenvolvimento no âmbito pessoal e profissional.

Os efeitos do cuidado de si na prática profissional foram observados através do clima organizacional, autoconceito profissional e autoeficácia possibilitam a redução do esgotamento, melhoram as relações sociais, reduzem o risco de burnout, aumentam a satisfação no trabalho e protegem o indivíduo do impacto negativo do estresse.

A partir dessas considerações, surge em nós a questão de saber de que modo o conceito de autocuidado e a noção de cuidado de si influenciam a prática de enfermagem.

Essa pesquisa também evidenciou a importância e a necessidade de mais estudos relacionados a práticas de cuidado de si pelos profissionais de enfermagem, de forma a retratar quais estratégias de cuidado de si os profissionais de enfermagem têm adotado.

REFERÊNCIAS

- 1 Robles, F.R.P.; Vasconcelos, G.A.N. et al. Perplexidades, devaneios e provocações: debates e reflexões sobre o cenário contemporâneo e a formação do profissional do cuidado. Nova Friburgo: Educatoris; 2019.
2. Xavier, A.P.;Barreto, D.M.;Alóchio, K.V. et al. Resignificating nursing care: perceptions of a team. Revista de enfermagem da UFPE on line, 11(3),1179-88, 2017.
3. Rohden, L.;Kussler, L.M. Filosofar enquanto cuidado de si mesmo: um exercício espiritual ético-político. Trans/Form/Ação, 40(3):93-112.2017
4. Foucault, M. A hermenêutica do sujeito. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes; 2006.
5. Silva, M.A.; Teixeira, E.R.; Pereira, E.R. et al. Health as a right and the care of the self: conception of nursing professionals. Revista Brasileira de Enfermagem, 72, 159-65.2019.
- 6 Oliveira, R.K.M.; Maia, C.A.A.S.;Queiroz, J.C. Self-care in nursing: an integrative review. Revista Cuidado é fundamental, 7(1), 2104-12, 2015.
7. Tomasschewski-Barlem, J.G.; Piexak, D.R.;Barlem, E.L.D. et al. Scientific production of nursing about self-care: an integrative review. Revista cuidado é fundamental, 8(3), 4629-35, 2016.

8. Mendes, K. D. S., Silveira, R. C. C. P., & Galvão, C. M. (2008). Revisão integrativa: Método de Pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto & Contexto em Enfermagem*, 17(4), 758-764. doi: 10.1590/S0104-07072008000400018
9. Melnyk BM, Fineout-Overholt E. Evidence-based practice in nursing and health: a guide to best practice. Philadelphia: Wolters Kluwer;Lippincott Williams & Wilkins Health; 2011.
10. O'Brien, William H; Singh, Rajinder Sonia; Horan, Kristin; Moeller, Mary T; Wasson, Rachel; Jex, Steve M. Group-Based Acceptance and Commitment Therapy for Nurses and Nurse Aides Working in Long-Term Care Residential Settings. *J Altern Complement Med*;25(7): 753-761, 2019 Jul.
11. Tully, Salena; Tao, Hong. CE: Original Research: Work-Related Stress And Positive Thinking Among Acute Care Nurses: A Cross- Sectional Survey. *Am J Nurs*;119(5): 24-31, 2019 05.
12. Lee, Tony Szu-Hsien; Tzeng, Wen-Chii; Chiang, Hui-Hsun. Impact of Coping Strategies on Nurses' Well-Being and Practice. *J Nurs Scholarsh*;51(2): 195-204, 2019 03
13. Podgurski, Lisa; Greco, Carol; Croom, Andrea; Arnold, Robert; Claxton, Rene. A Brief Mindfulness-Based Self-Care Curriculum for an Interprofessional Group of Palliative Care Providers. *J Palliat Med*;22(5): 561-565, 2019 05
14. Lamke, Donna; Catlin, Anita; Mason-Chadd, Michelle. "Not just a theory": the relationship between Jin Shin Jyutsu® self-care training for nurses and stress, physical health, emotional health, and caring efficacy. *J Holist Nurs*;32(4): 278-89, 2014 Dec
15. Nahm, Eun-Shim; Warren, Joan; Zhu, Shijun; An, Minjeong; Brown, Jeanine. Nurses' self-care behaviors related to weight and stress. *Nurs Outlook*;60(5): e23-31, 2012
16. Galleta-Williams, Henry; Esmail, Aneez; Grigoroglou, Christos; Zghebi, Salwa S; Zhou, Anli Yue; Hodgkinson, Alexander; Panagioti, Maria. The importance of teamwork of climate for preventing burnout in UK practices. *Eur J Public Health*; 3, iv36-iv38, 2020.
17. Diehl, Elisabeth; Rieger, Sandra; Letzel, Stephan; Schablon, Anja; Nienhaus, Albert; Escobar Pinzon, Luis Carlos; Dietz, Pavel. Health and intention to leave the profession of nursing-wich individual, social and organisational resources buffer the impact of quantitative demands? A cross-sectional study. *BMC Palliat Care*;19(1): 83, 2020 Jun 17
18. Molero Jurado, María Del Mar; Pérez-Fuentes, María Del Carmen; Gázquez Linares, José Jesús Gázquez; Simón Márquez, María Del Mar; Martos Martínez, África. Burnout Risk and Protection Factors in Certified Nursing Aides. *Int J Environ Res Public Health*;15(6)2018 05 30
19. Feng, Danjun; Su, Shan; Wang, Lu; Liu, Fang. The protective role of self-esteem, perceived social support and job satisfaction against psychological distress among Chinese nurses. *J Nurs Manag*;26(4): 366-372, 2018 May
20. Cao, Xiaoyi; Chen, Lin; Tian, Lang; Diao, Yongshu. The effect of perceived organisational support on burnout among community health nurses in China: the mediating role of professional self-concept. *J Nurs Manag*;24(1): E77-86, 2016 Jan

21. Larsson, Agneta; Karlqvist, Lena; Westerberg, Mats; Gard, Gunvor. Identifying work ability promoting factors for home care aides and assistant nurses. *BMC Musculoskelet Disord*;13: 1, 2012 Jan 11
22. Spence Laschinger, Heather K; Finegan, Joan; Wilk, Piotr. Situational and dispositional influences on nurses' workplace well-being: the role of empowering unit leadership. *Nurs Res*;60(2): 124-31, 2011
23. Happell, Brenda; Koehn, Stefan. Seclusion as a necessary intervention: the relationship between burnout, job satisfaction and therapeutic optimism and justification for the use of seclusion. *J Adv Nurs*;67(6): 1222-31, 2011 Jun
24. Natividade, Poliana Cristina Soares; Spagnol, Carla Aparecida; Vieira, Adriane; Guerra, Vanessa de Almeida; Pereira, Karolinn Diniz. Contribuições das práticas integrativas e complementares em saúde na qualidade de vida dos trabalhadores. *Brazilian Journal Development*. 7(8), ago, 2021, 78873-78889. DOI:10.34117/bjdv7n8-213
25. Camargo, Joiceleia de Fatima; Martins, Edna Thais Jeremias; Santos, Lucas Porto; Bock, Patricia Martins. Avaliação da atividade física e qualidade de vida da enfermagem. *Rev Enferm UFPI*, 10: 879, 2021. DOI: 10.26694
26. Santos, Naira Agostini Rodrigues dos. Estresse ocupacional e estratégias de enfrentamento da equipe de enfermagem: cuidados paliativos oncológico. Dissertação de Mestrado em Enfermagem. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2016
27. Mello, Rita de Cassia Correa; Reis, Luciana Bicalho; Ramos, Fabiana Pinheiro. Estresse em profissionais de Enfermagem: importância da variável Clima Organizacional. *Revista Interinstitucional de Psicologia*, 11(2), 2018, 193-207. ISSN 1983-8220
28. Silva, Maria do Rosário Marques da. Enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação: satisfação profissional. Dissertação de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação. Escola Superior de Saúde de Viseu. Viseu, Portugal, 2012
29. Guimarães, CMS, Bonelli MCP, Conde RG et al. A autoeficácia na amamentação e a prática profissional do enfermeiro. *Revenferm UFPE online*., Recife, 12(4):1085-90, abr., 2018.
30. FOLKMAN, S., LAZARUS, R. S. If it changes it must be a process: a study of emotion and coping during three stages of a college examination. *J Pers Soc Psychd*, v. 48, n. 1, p. 150- 70, jan. 1985.

DIFICULDADES IDENTIFICADAS PELOS ENFERMEIROS NA UTILIZAÇÃO DO PROTOCOLO DE MANCHESTER: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Data de submissão: 10/10/2023

Data de aceite: 01/11/2023

Elisiane de Oliveira Machado

Porto Alegre - RS

<https://orcid.org/0009-0002-9227-1213>

Michele Antunes

Porto Alegre - RS

<https://orcid.org/0000-0002-7231-8099>

Simone Thais Vizini

Porto Alegre - RS

<https://orcid.org/0000-0002-4929-1406>

Fabio Silva da Rosa

Porto Alegre - RS

<https://orcid.org/0000-0001-5608-714X>

Rejane Silveira de Campos

Porto Alegre - RS

<https://orcid.org/0009-0008-0986-1612>

Raquel Adjane Machado

Porto Alegre - RS

<https://orcid.org/0009-0004-8576-9165>

Fernanda dos Reis

Porto Alegre - RS

<https://orcid.org/000-1593-0508>

Suimara Santos

Porto Alegre - RS

<https://orcid.org/0000-0002-8739-4385>

Maicon Daniel Chassot

Porto Alegre - RS

<https://orcid.org/0000-0001-7017-6982>

Djulia Andriele Wachter

Porto Alegre - RS

<https://orcid.org/0000-0002-9127-3164>

Cíntia Letícia de Negreiros Kerschner

Taquara-RS

<https://orcid.org/0009-0008-7353-4851>

Vanessa Frighetto Bonatto

<https://orcid.org/0000-0002-1614-774X>

RESUMO: Pelo fato de a porta de entrada para os serviços de saúde ter sido equivocadamente a emergência a nível mundial, institui-se metodologias de governo e ministério da saúde na tentativa de organizar a demanda visando estabelecer critérios com evidência científica, visando a gestão do risco, para garantir a segurança tanto do usuário do serviço quanto para o profissional enfermeiro e da instituição que o utiliza, de que o tempo de espera para o primeiro atendimento médico é confiável de que não haverá piora no quadro clínico do paciente nesse período. Podendo ainda ser auditada e ensinada e utilizada para

sinalizar o fluxo de atendimento baseado em estudos do Grupo Brasileiro de Classificação de Risco, adotou-se no Brasil em 2008 o Sistema de Classificação de Risco de Manchester, já utilizado na Europa desde 1990. O objetivo deste estudo foi identificar as produções científicas sobre as dificuldades identificadas pelos enfermeiros na utilização do protocolo de Manchester. Trata-se de uma revisão integrativa, com os artigos disponíveis nas bases de dados que atendessem aos critérios de inclusão, após filtros e seleção rigorosa, elegeram-se 8 artigos que melhor atendiam aos objetivos do estudo. Resultados e discussão: Foram identificadas 6 categorias de análise, a partir dos dados encontrados que são: 1 Carga de trabalho aumentada; 2 Falta de estrutura física; 3 Desconhecimento da população sobre o protocolo; 4 Precariedade do fluxo de encaminhamento para a rede de serviços de saúde; 5 Resistência da equipe médica a um trabalho conjunto; 6 Fatores facilitadores com o Sistema de Classificação de Risco de Manchester para o enfermeiro. Observou-se que após 12 anos de implantação do Protocolo de Manchester no Brasil, houve melhora do fluxo de atendimento, considerável na opinião dos enfermeiros, mas que ainda há muito que melhorar para que possa funcionar com a eficácia necessária.

PALAVRAS-CHAVE: Classificação, Enfermagem, Manchester

DIFFICULTIES IDENTIFIED BY NURSES WHEN USING THE MANCHESTER PROTOCOL: AN INTEGRATIVE REVIEW

ABSTRACT: Due to the fact that the gateway to health services has mistakenly been the emergency at a global level, government and ministry of health methodologies have been instituted in an attempt to organize demand aiming to establish criteria with scientific evidence, aiming at managing the risk, to guarantee the safety of both the service user and the professional nurse and the institution that uses it, that the waiting time for the first medical care is reliable and that there will be no worsening in the patient's clinical condition during this period. It can also be audited, taught and used to signal the flow of care based on studies by the Brazilian Risk Classification Group. The Manchester Risk Classification System was adopted in Brazil in 2008, already used in Europe since 1990. The objective of this study was to identify scientific productions on the difficulties identified by nurses in using the Manchester protocol. This is an integrative review, with the articles available in the databases that met the inclusion criteria, after filters and rigorous selection, 8 articles were chosen that best met the objectives of the study. Results and discussion: 6 categories of analysis were identified, based on the data found, which are: 1 Increased workload; 2 Lack of physical structure; 3 The population's lack of knowledge about the protocol; 4 Precarious flow of referrals to the health services network; 5 Resistance of the medical team to working together; 6 Facilitating factors with the Manchester Risk Classification System for nurses. It was observed that after 12 years of implementation of the Manchester Protocol in Brazil, there was an improvement in the flow of care, considerable in the opinion of nurses, but there is still a lot to improve so that it can function with the necessary effectiveness.

KEYWORDS: Classification, Nursing, Mancheste

1 | INTRODUÇÃO

Os serviços de urgência representam hoje no Brasil uma importante forma de acesso dos usuários no sistema de saúde, gerando assim diversas dificuldades, ao mesmo tempo que a atenção aos pacientes em situação de urgência e emergência é um dos principais problemas enfrentados pelos sistemas de saúde no mundo, por esse ser um relevante indicador de saúde, nos últimos anos, o Ministério da Saúde tem dedicado atenção especial para os serviços que prestam atendimento dessa natureza, instituindo políticas de organização e integração dos serviços da Rede de Atenção às Urgências, com a finalidade de ampliar e qualificar o acesso aos usuários (DURO, et., al., 2015).

Esta situação alarmante de caos nos serviços de urgência e emergência se traduz pela sobrecarga de trabalho nos serviço de pronto socorro que é reflexo direto da fragmentação do sistema de saúde, que lamentavelmente ainda é caracterizado por atenção primária pouco resolutiva para as condições crônicas e, menos ainda, para as condições agudas, acumulando assim pacientes de baixo risco nos serviços de emergência. Com tudo tem-se alguns impactos negativos tais como: tempo de espera para atendimento médico prolongado, insatisfação dos pacientes e da equipe do serviço de urgência, aumento de eventos adversos e diminuição da produtividade médica (MANCHESTER, 2017).

Quando se pensa em uma tentativa de sanar algumas dificuldades e organizar o serviço com um sistema de classificação de risco, deve-se ter como objetivo maior priorizar o doente conforme a gravidade clínica com que se apresenta no serviço de saúde. Para isso, faz-se necessário a substituição do modelo de entrada do paciente, que na maioria das vezes se dá por ordem de chegada ou ainda por seleção realizada por profissional não capacitado (MANCHESTER, 2017).

A Política Nacional de Urgência e Emergência foi criada em 2003 pelo Ministério da Saúde com o intuito de estruturar e organizar a rede de urgência e emergência no país, subsidiada com recursos federal, estadual e municipal, ou seja, tripartite. O objetivo é integrar a atenção às urgências. Hoje a atenção primária é constituída pelas unidades básicas de saúde e Equipes de Saúde da Família, enquanto o nível intermediário de atenção fica a encargo do SAMU 192 (Serviço de Atendimento Móvel as Urgência), das Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h), e o atendimento de média e alta complexidade é feito nos hospitais (SANTOS, MEDEIROS e SOARES, 2018).

O acolhimento do usuário do serviço de saúde trata-se de um modo de operar os processos de trabalho que inclui no sistema de atenção à saúde todos os usuários que procuram o serviço de saúde, ouvindo-os, referenciando-os e encaminhando-os se necessário. Deve ser realizada por profissional com formação em nível superior e com treinamento específico, além da utilização de protocolos validados para classificação de risco. Os protocolos mais utilizados baseados em evidências para realização da classificação de risco em nível mundial são: Australasian Triage Scale, Canadian Triage

and Acuity Scale, Model Andorrà del Trialge, Emergency Severity Índex e Manchester Triage System (SANTOS, MEDEIROS e SOARES, 2018).

No Brasil, O Sistema de Classificação de Risco de Manchester foi utilizado pela primeira vez em 2008, no Estado de Minas Gerais, como estratégia para reduzir a superlotação nas portas dos pronto-socorro e hospitais. Hoje, ele é acreditado pelo Ministério da Saúde, Ordem dos Enfermeiros, Ordem dos Médicos e é entendido como uma evolução no atendimento aos que recorrem a um Serviço de Urgência (MANCHESTER, 2017; SANTOS, MEDEIROS e SOARES, 2018).

A atuação dos enfermeiros na Classificação de Risco tem sido descrita como resultado da combinação de conhecimentos teóricos e práticos, envolvimento com políticas públicas e organização do ambiente de trabalho, associados à preocupação com acolhimento dos usuários e a humanização (DURO, et., al., 2015).

Diante da realidade enfrentada pelos enfermeiros ao realizar sua prática de acolhimento ao paciente com classificação de risco, o objetivo da presente pesquisa foi constatar quais as dificuldades identificadas pelos enfermeiros na utilização do Protocolo de Manchester: uma revisão integrativa.

2 | METODOLOGIA

O presente estudo trata-se de uma revisão integrativa que é um método que congrega os resultados de pesquisas elementares sobre o mesmo assunto para sintetizar e analisar esses dados com o objetivo de desenvolver uma explicação mais completa de um fenômeno específico. A revisão integrativa foi eleita por ser a mais ampla abordagem metodológica referente às revisões, pois permite a inclusão de estudos experimentais e não-experimentais para uma compreensão completa do fenômeno analisado. Reúne além disso, dados da literatura teórica e empírica, além de incorporar um amplo leque de propósitos: definição de conceitos, revisão de teorias e evidências e análise de problemas metodológicos de um tópico particular.

Através dessa abordagem tem-se a possibilidade de conhecer tudo o que vem sendo publicado referente ao tema que se busca conhecer (COOPER, 1982). Para o levantamento dos artigos na literatura, realizou-se uma busca nas seguintes bases de dados: BASE (Bielefeld Academic Search Engine), SCIELO (Scientific Eletronic) e EBSCO, foram utilizados, para busca dos artigos, os seguintes descritores: Manchester, dificuldades, enfermeiros. Os critérios de inclusão e exclusão foram artigos disponíveis online em português, inglês e espanhol, artigos na íntegra que retratam a temática referente aos descritores da pesquisa, utilizados na plataforma Unique, no período de 2013 a 2018.

Considerou-se como critérios de exclusão os artigos de revisão integrativa, sistemática, literatura e bibliográfica. Foram encontrados 2 artigos publicados em 2 bases de dados repetidas, então optou-se por incluir no estudo os que apareceram primeiro na

pesquisa. Os dados encontrados nos artigos foram lançados em uma planilha de excel para análise dos mesmos, onde encontramos 2016 como a média de ano das publicações dos artigos escolhidos, foram selecionados apenas artigos e periódicos, que contabilizaram 35 encontrados, após excluir os duplicados, restando uma amostra de 33 artigos que foram selecionados. Após interpretação dos dados exclui-se mais um artigo por não conter dados que atendam aos objetivos da presente pesquisa. Com isso ficaram, 4 (50%) artigos Scielo, 3 (38,50%) EBESCO e 1 (11,50%) BASE.

Nos 8 artigos selecionados para a presente pesquisa, foram em média 16,85 sujeitos por estudo, sendo 12, 75 do sexo feminino e 6, 75 masculino. Quanto às revistas de publicação dos artigos foram, RENE, UFPE, UFSM, REBEn Texto e contexto e USP.

Quanto a metodologia dos artigos selecionados os 8 tinham abordagem qualitativa, sendo 6 artigo de descritivo, 1 exploratório e 1 exploratório descritivo.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

No que se refere ao ano de publicação dos artigos consultados observou-se que 1 deles, representando 12% do total da amostra, foi publicado no ano de 2014, enquanto 3 artigos (37%) foram publicados no ano de 2015, nesse íterim 1 artigo, configurando 12%, eram do ano de 2017 e o restante, 3 artigos, correspondendo a 37% da amostra eram do ano de 2018. No tocante ao número da amostra de sujeitos das pesquisas aqui utilizadas, no total dos 8 artigos, temos 129 participantes enfermeiros que contribuíram com os autores e a comunidade científica com relatos de suas vivências com a aplicação do protocolo de Manchester. No quadro sinóptico apresentamos os artigos com os estudos que compuseram a amostra da presente pesquisa:

	Título do Artigo	Ano	Nº de sujeitos da pesquisa
1	Percepção de enfermeiros sobre utilização do protocolo do Sistema de Classificação de Risco Manchester	2015	15
2	Saberes e práticas do enfermeiro acerca do sistema Manchester de classificação de risco.	2017	9
3	O sistema de triagem de Manchester na atenção primária à saúde: ambiguidades e desafios relacionados ao acesso.	2017	22
4	Nurses' perception about risk classification in emergency services.: Percepción del enfermero sobre la realización de la clasificación del riesgo en el servicio de urgencias.	2014	11
5	Acolhimento com classificação de risco na estratégia saúde da família: percepção da equipe de enfermagem.	2018	8
6	Acolhimento com classificação de risco em unidade de pronto atendimento: estudo avaliativo	2018	37
7	Welcoming with risk classification in urgent and emergency services: applicability in nursing. : Acogimiento con calificación de riesgo en los servicios de urgencia y emergencia: aplicabilidad en enfermería.	2015	7
8	Unidades de pronto atendimento e as dimensões de acesso à saúde do idoso.	2018	20

TABELA 1: Artigos utilizados na pesquisa

Evidenciou-se na análise dos artigos o surgimento de seis categorias temáticas relacionadas às dificuldades do enfermeiro sobre o sistema de Classificação de Risco de Manchester apresentadas em ordem aleatória, conforme surgiam nos textos, não sendo possível, somente com as leituras realizadas para o desenvolvimento da presente pesquisa, eleger por grau de importância dos achados apresentadas pelos sujeitos da pesquisa: Categoria 1 – Carga de trabalho aumentada; Categoria 2 – Falta de estrutura física; Categoria 3 – Desconhecimento da população sobre o protocolo; Categoria 4 - Precariedade do fluxo de encaminhamento para a rede de serviços de saúde; Categoria 5 - Resistência da equipe médica a um trabalho conjunto; Categoria 6 - Fatores facilitadores com o Sistema de Classificação de Risco de Manchester para o enfermeiro.

Categorias de Análise	1 Carga de trabalho aumentada
	2 Falta de estrutura física
	3 Desconhecimento da população sobre o protocolo
	4 Precariedade do fluxo de encaminhamento para a rede de serviços de saúde
	5 Resistência da equipe médica a um trabalho conjunto
	6 Fatores facilitadores com o Sistema de Classificação de Risco de Manchester para o enfermeiro

TABELA 2: Categorias temáticas de análise dos dados.

A seguir descreveremos individualmente cada categoria criada pelas áreas temáticas

observadas na investigação como se segue:

3.1 Categoria 1 – Carga de trabalho aumentada: A partir da análise de dados dos artigos selecionados evidenciou-se a categoria de sobrecarga de trabalho para o enfermeiro nos serviços de urgência e emergência por 3 autores, o que representa o expressivo número de 37% dos autores abordando o mesmo problema, aqui também revela-se outra questão importante com reflexo direto no trabalho do profissional enfermeiro, onde fora descrita a superlotação dos serviços como um problema mundialmente conhecido, no entanto, é mais notável em serviços que prestam atendimento ao SUS que representam uma porcentagem maior de usuários, no entanto, essa é uma realidade em todos em serviços que prestam atendimento de urgência e emergência, frente a isso os enfermeiros referem que o atendimento a um elevado quantitativo de usuários, com quadros clínicos considerados não urgentes, produz aumento do tempo de espera para a consulta médica e contribui para superlotação do serviço, em consequência, gera inquietação nos usuários, que solicitam informações sobre o seu atendimento inúmeras vezes enquanto esperam, assim, os enfermeiros têm que informar os usuários sobre os critérios da Classificação de Risco, tornando-se uma atividade desgastante ao longo do turno de trabalho. Os enfermeiros sujeitos das pesquisas, afirmam que as condições de trabalho não favorecem a assistência a um elevado quantitativo de usuários, pois os recursos humanos e materiais são insuficientes e inadequados (DURO, et., al., 2015).

Essa mesma realidade da superlotação também foi encontrada na pesquisa dos autores Marculino, et., al., 2015, onde observou-se uma grande demanda de pessoas sem perfil de urgência e emergência que procuram esse serviço a fim de solucionar um agravo de baixa complexidade, gerando o problema da superlotação. Uma das alternativas encontradas para reduzir esta superlotação seria a criação de pactuações internas e externas para a garantia de atendimento ao usuário na atenção primária e secundária. Dessa forma, nenhum usuário seria dispensado sem ser atendido, ou seja, sem ser acolhido, classificado e encaminhado de forma responsável à unidade de saúde de referência. Os autores Moreira, et., al., 2017, corroboram com a com os dados já descritos acrescentando que a prioridade de atendimento aos casos agudos é prejudicada pela superlotação, conferindo ao enfermeiro sobrecarga de trabalho.

3.2 Categoria 2 – Falta de estrutura física: Como aspectos dificultadores do trabalho do enfermeiro na classificação de risco destacou-se também por 3 autores, o que representa a significativa porcentagem de 37% da amostra a inadequação da estrutura física para desempenho do trabalho. De acordo com as autoras Souza, et. al., 2014, pôde-se observar o descontentamento de enfermeiros com a ausência de uma estrutura física interna adequada para o manejo dos pacientes já classificados, pois após o acolhimento por cores diferentes, todos os pacientes ficam juntos, pouco perdidos e com isso dificultando o trabalho. O estudo de Duro, et., al., 2015, também encontrou relatos dos enfermeiros de descontentamento com a estrutura física interna, mas nesse estudo foi em relação

a falta de existência de ambiente apropriado que é imprescindível para a realização da Classificação de Risco, uma vez que os usuários precisam expor suas queixas e, a partir delas, são coletadas informações sobre o estado de saúde, tais como doenças prévias, sinais e sintomas, a estrutura física inadequada das Unidades compromete a privacidade dos usuários.

Marculino, et. al., 2015, complementa com o achado na pesquisa de dois enfermeiros, relatando o descontentamento, com relação ao espaço físico do hospital, ou seja, uma sala em que o campo visual do profissional ficava comprometido. Bem como a falta de leitos de internação para agilizar o fluxo de pacientes.

3.3 Categoria 3 – Desconhecimento da população sobre o protocolo: Foi apontado na coleta de dados por 2 autores o desconhecimento da população sobre o protocolo de Manchester como fator dificultador para o desempenho do trabalho do enfermeiro. Como já vimos o sistema de classificação de risco de Manchester é relativamente novo no Brasil e como se pode imaginar as interações conflituosas se estabelecem em função do descontentamento dos pacientes quando não há concordância em relação à priorização de atendimento determinada na Classificação de Risco. Esse foi um achado na pesquisa de Duro, et., al., 2015, onde a falta de entendimento da população sobre a Classificação de Risco foi referida como uma dificuldade no gerenciamento do cuidado. Na opinião dos enfermeiros, a priorização é uma forma de organizar o acesso ao atendimento imediato, pois anteriormente, na maioria dos serviços, o ingresso ocorria pela ordem de chegada. Moreira, et. al., 2017, também apresenta na ótica dos profissionais, a falta de compreensão dos usuários sobre o Sistema de Classificação de Risco de Manchester como umas das principais justificativas apresentadas para as interferências negativas. Diante do exposto pode-se dizer que faz-se necessário um pouco mais de tempo para que a população usuária do serviço se habitue e compreenda melhor o Sistema de Classificação de Risco de Manchester, considerando que o mesmo é relativamente novo no Brasil.

3.4 Categoria 4 – Precariedade do fluxo de encaminhamento para a rede de serviços de saúde Aqui apresentamos outro achado importante encontrado em 3 artigos, representando 37% autores dos estudos consultados afirmam que é a precariedade do fluxo de encaminhamento para a rede de serviço de saúde foi apresentada como um fator dificultador para o processo de classificação de Risco de Manchester. Os enfermeiros têm realizado orientações sobre os serviços da rede de atenção à saúde na emergência, pois entendem que a classificação de risco contribui para esclarecer os usuários com agravos não urgentes sobre o serviço no qual devem buscar atendimento: Orientação e encaminhamento de casos não urgentes. Com isso tem-se a possibilidade de avaliar os casos que necessitam de pronto atendimento e outros que necessitam de outro tipo de atenção, mas que buscam o serviço de emergência (DURO, et., al, 2015).

De acordo com estudo dos autores, WEYKAMP, et. al., 2015, os enfermeiros concluem que na teoria funcionaria muito bem o Sistema de Classificação de Risco de

Manchester se o sistema (rede de serviços de saúde) funcionasse, pois nota-se uma dificuldade de encaminhar para algum serviço que acolhesse o usuário, pois normalmente o enfermeiro não tem para onde encaminhar.

Entende-se no estudo que a ausência de pactuação entre serviços para que o sistema de referência e contra referência funcione, falta de políticas pública voltadas para o Manchester e falta de planejamento e organização das estruturas do serviço, são fatores dificultadores, pois levam uma grande parte os pacientes a procurarem o Pronto Socorro, que representa a principal porta de entrada ao sistema de saúde, com isso aumento da demanda que acarreta em diversos outros problemas (SOUZA, et. al. 2014).

3.5 Categoria 5 – Resistência da equipe médica a um trabalho conjunto: Aqui apresentamos outro indicador encontrado nos estudos e descritos por 3 autores, representando 37% da amostra do presente estudo, entendido como um dos fatores dificultadores para utilização do protocolo de classificação de risco de Manchester que dá-se pela resistência da equipe medica a um trabalho conjunto. Para que o protocolo funcione de maneira harmônica o mesmo deve ser entendido e aceito por toda a equipe que atua no serviço de urgência, no entanto, o estudo evidenciou que a maioria dos enfermeiros apontam que o não conhecimento do protocolo pelos demais membros da equipe dificulta o trabalho na classificação de risco, mas infelizmente todos ainda não o conhecem, nota-se uma falta de conscientização dos profissionais em relação ao Manchester, bem como, falta de acreditação por parte dos outros profissionais de que o protocolo realmente funciona, em especial por parte da equipe médica que não entende o porquê da classificação e ainda, às vezes não concordam (SOUZA, et., al., 2014).

Duro, et., al., 2015, complementa lembrando que a inserção dos enfermeiros nessa atividade é recente nas Unidades de Pronto Atendimento, e que, a partir da implementação desse dispositivo, ocorreram alterações na organização do trabalho das equipes que atuam no mesmo, justificando a resistência da equipe. Para a realização de um sistema de classificação de risco eficiente, é importante que a equipe multiprofissional esteja bem treinada, visando um atendimento mais solidário, e um fortalecimento do vínculo entre profissionais e pacientes, promovendo melhorias na assistência desses serviços. Neste estudo, foram relatados pontos negativos acerca da equipe multiprofissional, como por exemplo, a falta de qualificação de alguns profissionais, prejudicando a sistemática do protocolo (MARCULINO, et. al., 2015).

3.6 Categoria 6 – Fatores facilitadores com o Sistema de Classificação de Risco de Manchester para o enfermeiro Também foram apontados por 4 (49%) autores nos estudos, fatores facilitadores do Sistema de Classificação de Risco de Manchester influenciam positivamente na classificação para o enfermeiro. Antes desta implementação, os enfermeiros relatavam que sentiam que a avaliação era realizada de forma empírica, após a implantação desse sistema, os profissionais adquiriram maior segurança (MARCULINO, et., al., 2015).

O acolhimento com classificação de risco parece constituir-se na oportunidade de resgatar o verdadeiro sentido da prática profissional, com isso o valor do trabalho e de se atuar em equipe, e a busca pela resolutividade das demandas dos usuários (SOUZA, Et., al., 2014).

A Classificação de Risco assegura o atendimento às urgências, sendo essencial para a segurança e identificação da gravidade dos usuários e sua alocação no correto nível de atendimento. Com a priorização das necessidades, diminui o risco do agravamento e de sequelas decorrentes da espera prolongada pelo atendimento. Estabelecendo prioridades entre os casos de saúde (DURO, et. al., 2015).

O processo de tomada de decisão na classificação de risco exige-se que o enfermeiro seja dotado de conhecimentos específicos, além de experiência no atendimento a pacientes com diversas patologias, de modo a proporcionar uma prática segura e eficaz ao usuário. Desta forma, valoriza a atuação do profissional enfermeiro (SOUZA, et., al., 2014).

É interessante observar que as 5 autoras aqui citadas são enfermeiras também, o que certamente lhes instigou a buscar pesquisa a partir de suas vivências, então, pode-se dizer, considerando que o número de sujeitos da pesquisa, que é de 11 enfermeiros, se acresce com suas opiniões e contribuições com o seu estudo, como se as autoras fossem um tipo de porta voz da opinião de colegas da mesma categoria. O acolhimento realizado por meio deste protocolo pelo enfermeiro, torna-se subsídio para intervenções de enfermagem sistematizadas, proporcionando assistência emergencial às vítimas de maneira mais segura, ágil e integral (WEYKAMP, et., al., 2015).

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após 12 anos de implantação do sistema de Classificação de Risco de Manchester no Brasil, ainda observa-se os mesmos problemas encontrados no início da implantação, bem como pode se dizer que seus objetivos de melhora no fluxo de atendimento foi atendido e também que tem outros pontos favoráveis ao seu uso nos serviços de urgência e emergência.

Os achados do presente estudo mostraram a necessidade de ampliar o Sistema de Triagem Manchester no atendimento primário, a utilização do protocolos propiciou melhora na organização do fluxo de usuários no serviço de emergência e na qualidade do atendimento prestado.

O Sistema de Manchester é extremamente útil, seguro, rápido e eficaz para os enfermeiros, possibilitando a tomada de decisão. Observou-se mudanças positivas após a implementação do sistema. Podemos dizer que faz-se necessário a população se habituar com o Sistema de Classificação de Risco, evitando a superlotação dos serviços de urgência e emergência. Observou-se que a sobrecarga dos enfermeiros são fatores de risco que influenciam nos atendimentos de urgência e emergência. Também fica evidente uma falta

de empatia entre os usuários quando é evidente uma característica recorrente de não compreenderem a dor do próximo e supervalorizarem a sua, com isso sempre achando que sua classificação deve ser prioritária por sua necessidade de imediatismo, gerando atritos com o profissional enfermeiro que realiza a classificação e até mesmo, muitas vezes sendo agressivos e inconvenientes. Evidenciou-se que uma estrutura inadequada caracterizado por falta de espaço para dividir os pacientes por classificações de cores, e o atendimento do usuário é prejudicado por não ser individualizado, influenciando no dimensionamento de leitos nos serviços de urgência e emergência. O descontentamento dos usuários sobre o protocolo de Manchester foi citado como fator dificultador para o desempenho do enfermeiro na unidade de pronto atendimento.

O estudo mostrou que o não conhecimento dos protocolos pelos demais membros da equipe dificultam o trabalho, falta conhecimento da equipe médica que não entende a importância da classificação. Acredita-se que a temática do acolhimento com classificação de risco seja enfatizada pela enfermagem por ser a área atuante do enfermeiro em que houve o reconhecimento da equipe multiprofissional dos serviços de urgência e emergência. É importante que a equipe multiprofissional esteja bem treinada e capacitada, visando um atendimento de qualidade para o usuário. Para melhor funcionamento dos serviços de urgência e emergência faz-se necessário que a rede de atenção básica absorva a demanda dos usuários que necessitam de atendimentos que não sejam de urgência.

Sugere-se para estudos posteriores investigar formas de trabalhar a superlotação nos serviços que aqui revelou-se como sendo o fator causal de todos os problemas encontrados nos serviços. O que no andamento do serviço representa um passo adiante, no momento em que ainda se fala em educação da população para o sistema e nem a rede está bem estruturada parece que temos um longo caminho a percorrer.

REFERÊNCIAS

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar / Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde** - Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

COOPER, H.M. Scientific guidelines for conducting integrative research reviews. Review of Educational Research, v.52, n.2, p. 291-302. 1982. DURO, Carmen Lúcia Mottin, Et., al. Percepção de enfermeiros sobre utilização do protocolo do Sistema de Classificação de Risco Manchester. Brasil, **South América**, 2015.

HERMIDA, Patrícia Madalena Vieira et al. Acolhimento com classificação de risco em unidade de pronto atendimento: estudo avaliativo. **Rev. esc. enferm.** USP [online]. 2018, vol.52, e03318. Epub Apr 12, 2018.

HORTA, Vanda de Aguiar. **Processo de enfermagem / Wanda de Aguiar Horta, com a colaboração de Brigitta E. P. Castellanos.** – São Paulo: EPU 1979.

MARCULINO, Leilane Mercedes Gomes; et., al. SABERES E PRÁTICAS DO ENFERMEIRO ACERCA DO SISTEMA MANCHESTER DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO. (Portuguese). : NURSING KNOWLEDGE AND PRACTICES ABOUT THE MANCHESTER RISK RATING SYSTEM. (English). Journal of Nursing UFPE / **Revista de Enfermagem UFPE**. 9, 10, 9462, Oct. 2015.

MOREIRA, DA; et al. Manchester triage system in primary health care: ambiguities and challenges related to access / el sistema de triage de manchester en la atención primaria en salud: ambigüedades y desafíos relacionados al acceso / o sistema de triagem de manchester na atenção primária à saúde: ambigüedades e desafios relacionados ao acesso. **Texto & Contexto - Enfermagem**. 2, 2017.

ROSSATO, K; et al. Acolhimento com classificação de risco na estratégia saúde da família: percepção da equipe de enfermagem. (Portuguese).: reception with risk rating in the family health strategy: perception of the nursing team. (English). **Revista de Enfermagem da UFSM**. 8, 1, 144, Jan. 2018.

JONES, Kevin Machway; MARSDEH Janet, WINDLER Jill. **Sistema Manchester de Classificação de Risco**. Versão Brasileira de Welfane Cordeiro Junior Maria do Carmo Paixão Rausch. Colaboração de Cintia Alcantara de Carvalho; Gabriela Fontoura Lana Nascimento; Paula Tassia Barbosa Rocha – 2 ed. – Belo Horizonte Foliun, 2017.

SILVA, RM; VIERA, CS. Acesso ao cuidado à saúde da criança em serviços de atenção primária. (Portuguese). : Access to child's health care in primary care services. (English). **Revista Brasileira de Enfermagem**. 67, 5, 794, Sept. 2014.

SOUZA SCOLARI, GA; et al. Unidades de pronto atendimento e as dimensões de acesso à saúde do idoso. (Portuguese). : Emergency care units and dimensions of accessibility to health care for the elderly. (English). **Revista Brasileira de Enfermagem**. 71, 864, Feb. 2, 2018.

SOUZA, CC; et al. Nurses' perception about risk classification in emergency services.: Percepción del enfermero sobre la realización de la clasificación del riesgo en el servicio de urgencias. **Investigacion & Educacion en Enfermeria**. 32, 1, 78, Mar. 2014.

WEYKAMP, J; et al. Welcoming with risk classification in urgent and emergency services: applicability in nursing.: Acogimiento con calificación de riesgo en los servicios de urgencia y emergencia: aplicabilidad en enfermería. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**. 16, 3, 327, May 2015.

O PAPEL DO ENFERMEIRO AUDITOR NA UNIDADE DE CENTRO CIRÚRGICO: REVISÃO DE LITERATURA

Data de submissão: 08/09/2023

Data de aceite: 01/11/2023

Ana Paula Narcizo Carcuchinski

Dayanne Klein Pastoriza

Mari Nei Clososki da Rocha

Márcio Josué Trasel

Adriana de Amaral Mandicaju

Fabiane Bregalda da Costa

Morgana Morbach Borges

Elisa Justo Martins

Bruna Boniatti

Tatiane Costa de Melo

RESUMO: A Unidade Cirúrgica é uma das áreas que requer bastante atenção por parte da auditoria, pois é responsável por um impacto financeiro importante dentro das instituições. Os enfermeiros são responsáveis pela realização da auditoria de enfermagem no CC. O objetivo do estudo foi identificar o papel do enfermeiro auditor na unidade de Centro Cirúrgico. Trata-se de uma revisão da literatura através da busca de artigos no *Google acadêmico* e na base

de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e outras publicações eletrônicas de relevância em território nacional, realizada entre agosto e setembro de 2023. Foram selecionados 6 artigos. Os resultados foram que a auditoria de contas do centro cirúrgico tem por finalidade verificar os procedimentos realizados, materiais utilizados e medicamentos administrados em relação ao quadro clínico apresentado pelo cliente e transmiti-lo à operadora de saúde pagadora. Os enfermeiros auditores devem ser responsáveis pela educação continuada de suas equipes profissionais sobre os requisitos para o correto preenchimento dos prontuários, no âmbito dos princípios éticos e legais. Conclui-se que o papel do enfermeiro auditor no centro cirúrgico é de suma importância, pois cabe a ele orientar todos os envolvidos no processo de como é o método de cobrança do procedimento anestésico e cirúrgico para que todos possam colaborar com o bom resultado econômico da instituição, evitando glosas e insatisfação por parte da gestão.

PALAVRAS-CHAVE: auditoria hospitalar, centro cirúrgico, enfermeiro auditor.

ABSTRACT: The Surgical Unit is one of the

areas that requires a lot of attention from the audiences, as it is responsible for an important financial impact within the institutions. Nurses are responsible for carrying out nursing audits in the CC. The objective of the study was to identify the role of the auditor nurse in the Surgical Center unit. This is a literature review through the search for articles in academic Google and in the Virtual Health Library (VHL) database and other electronic publications of relevance in the national territory, carried out between August and September 2023. 6 articles. The results were that the audits of the operating room's accounts are intended to verify the procedures performed, materials used and medications administered in relation to the clinical picture presented by the client and transmit it to the paying health operator. for the continuing education of its professional teams on the requirements for complying with the medical records, within the scope of ethical and legal principles. It is concluded that the role of the auditor nurse in the surgical center is of paramount importance, as it is up to him to guide all those interested in the process of how the method of charging the anesthetic and surgical procedure is so that everyone can collaborate with the good result. institution, avoiding glosses and dissatisfactions on the part of the management.

KEYWORDS: hospital audit, surgical center, auditor nurse.

1 | INTRODUÇÃO

A Unidade de Centro Cirúrgico é um dos setores que requer grande atenção dos gestores, dada a sua finalidade e somada à complexidade dos procedimentos que são realizados, deve promover atendimento aos pacientes com segurança, tanto de forma eletiva quanto de urgência e/ou emergência.

A auditoria da enfermagem no centro cirúrgico (CC) é realizada analisando registros de enfermagem, descrições cirúrgicas e anestésicas e comparando-as com os gastos de sala e recuperação anestésica. O instrumento de análise de contas é o prontuário do paciente e cerca de 90% desses apresentam inconformidades nas cobranças, causando as glosas pelas seguradoras de saúde, o que lesa o orçamento da instituição (MARTINS, K. N. et al., 2021).

O centro cirúrgico é uma unidade que gasta mais recursos materiais, o que gera um consumo elevado e, conseqüentemente, torna-se um setor de grande produtor de desperdícios. Esse desperdício pode acarretar produção ineficaz de processos, procedimentos e serviços destinados à assistência (MARTINS, K. N. et al., 2021)

O enfermeiro auditor é essencial para que a instituição de saúde fiscalize a realização dos registros, adotando uma perspectiva crítica e propositiva. Ele desempenha suas funções com o objetivo de melhorar a qualidade do atendimento e reduzir as perdas. cuidado em saúde, atualmente, atingiu um nível de complexidade que desafia as instituições hospitalares, a busca por excelência, eficiência e eficácia se tornou indispensável para a satisfação do cliente e a qualidade nos serviços (SIQUEIRA, P. L. F. 2014).

Dentro do contexto, as Unidades Cirúrgicas se destacam, pois são responsáveis por grande parte do faturamento e custo do hospital, contribuindo ativamente para a

sustentabilidade financeira da instituição. A complexidade dos processos administrativos e assistenciais de um centro cirúrgico exige que o enfermeiro auditor tenha uma visão crítica e rigorosa dos processos da unidade, visando qualidade nos registros de cobranças para evitar glosas nas contas e gerar desperdícios para a instituição (SIQUEIRA, P. L. F. , 2014).

Dessa forma, sendo a unidade cirúrgica um setor de extrema importância para a instituição, o objetivo deste estudo é uma revisão de literatura que identifique o papel do enfermeiro auditor no centro cirúrgico.

2 | MÉTODO

O presente estudo trata-se de revisão bibliográfica. A revisão bibliográfica é elaborada a partir de material já publicado, nesta etapa são analisadas as mais recentes obras científicas disponíveis, para o embasamento teórico e metodológico para o desenvolvimento do projeto de pesquisa (GIL, 1994).

A pesquisa foi realizada preservando com respeito os direitos autorais, sendo fiéis as fontes bibliográficas usadas na pesquisa. A busca dos artigos ocorreu no *Google* acadêmico e na base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e outras publicações eletrônicas de relevância em território nacional.

Foram selecionados artigos originais publicados no período dos últimos 10 anos, de 2014 a 2023 em idioma português. Foi realizada a busca do material utilizando os descritores: auditoria hospitalar, centro cirúrgico, enfermeiro auditor. O banco de dados utilizado para a busca foi scielo e medline.

Os critérios de inclusão foram os artigos identificados com os descritores, período e bases de dados citados anteriormente. A coleta de dados foi realizada entre agosto e setembro de 2023. Inicialmente foram identificados 20 artigos, após leitura foram selecionados 6 artigos.

Para melhor organização dos artigos identificados foi preenchido um instrumento de avaliação dos dados, para cada artigo contendo número do artigo, título, autor, ano de publicação, revista, tipo de estudo, descritores, objetivo, amostra/população, técnica de coleta de dados, resultados, limitações e observação (GIL, 1994).

A interpretação e análise dos dados foram realizadas através da transcrição das informações obtidas, respeitando e preservando o nome do autor da pesquisa primária. Os artigos foram apresentados em forma de quadro para melhor visualização dos resultados.

3 | APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Para melhor visualização dos resultados dos artigos estão descritos no quadro 1. Os resultados foram discutidos em dois tópicos: auditoria em centro cirúrgico e o papel do enfermeiro auditor.

N	Autor	Título	Ano
1	ALMEIDA, T. S. DE et al.	A atuação do enfermeiro auditor na qualidade da assistência à saúde: revisão bibliográfica integrativa.	2021
2	GHIZONI, M. W.; VUNHA, K. P.; GIUSTINA, K. P. D.	Atuação do enfermeiro que pratica auditoria hospitalar em um hospital de grande porte da região sul de Santa Catarina	2015
3	MARTINS, K. N. et al.	Processo gerencial em centro cirúrgico sob a ótica de enfermeiros.	2021
4	MEDRADO, S. de S. R.; MORAES, M. W. de	Auditoria de enfermagem em Centro Cirúrgico: Atuação do enfermeiro auditor.	2023
5	SIQUEIRA, P. L. F.	Auditoria em Saúde e atribuições do Enfermeiro Auditor. Cad Saúde e Desenvolvimento	2014
6	SOUZA, M. P. DE; CERETTA, L. B.; SORATTO, M. T	Auditoria Concorrente no Centro Cirúrgico: Concepções dos Enfermeiros.	2016

Quadro 1: Descrição dos artigos

4 | AUDITORIA EM CENTRO CIRÚRGICO

O centro cirúrgico é uma das áreas que requer bastante atenção por parte da auditoria, pois é responsável por um impacto financeiro importante dentro das instituições.

A auditoria de contas do centro cirúrgico tem por finalidade verificar os procedimentos realizados, materiais utilizados e medicamentos administrados em relação ao quadro clínico apresentado pelo cliente e transmiti-lo à operadora de saúde pagadora (SOUZA, M. P. DE; CERETTA, L. B.; SORATTO, M. T., 2016).

Os processos no centro cirúrgico, possuem um valor agregado elevado em termos de procedimento e impacto na assistência. Por ser uma área extremamente importante para o hospital e de alta complexidade, a auditoria no centro cirúrgico deve ser vista como uma ajuda na prática clínica (ALMEIDA, T. S. DE et al., 2021).

A principal etapa do processo de auditoria no centro cirúrgico se dá pela análise minuciosa das anotações registradas no prontuário do paciente pela equipe médica. Após essa análise, realiza-se a comparação com o valor apresentado na cobrança hospitalar referente ao serviço prestado. Muitas vezes, deparamo-nos com a falta de informações no prontuário que justifiquem a utilização de determinados medicamentos ou materiais durante o procedimento cirúrgico. Essa falta de informações pode ocasionar possíveis descontos na cobrança hospitalar, prejudicando a receita do prestador de serviços (MARTINS, K. N. et al., 2021)

5 | O PAPEL DO ENFERMEIRO AUDITOR

Os enfermeiros são responsáveis pela realização da auditoria de enfermagem

no CC. Esse procedimento consiste na codificação e cobrança dos débitos de sala, avaliação da ficha anestésica, descrição cirúrgica, impresso do Sistema de Assistência de Enfermagem Perioperatória (SAEP) e toda a documentação relacionada ao processo anestésico-cirúrgico (SOUZA, M. P. DE; CERETTA, L. B.; SORATTO, M. T. , 2016).

Os enfermeiros devem observar o histórico do paciente, verificando os controles de cuidado, assinaturas e carimbos no arquivo diário de enfermagem. Acompanhar o andamento diário da Sistematização de Enfermagem (SAE), observando os registros diários de desenvolvimento e prescrições com assinaturas e carimbos. Verificar os relatórios dos anesthesiologists e cirurgiões, promover treinamento para equipe assistencial e verificar as glosas (MEDRADO, S. de S. R.; MORAES, M. W. de., 2023)

Os enfermeiros auditores devem ser responsáveis pela educação continuada de suas equipes profissionais sobre os requisitos para o correto preenchimento dos prontuários, no âmbito dos princípios éticos e legais. Atualizar conhecimentos sobre novos produtos, materiais e medicamentos que entram no mercado. Profundo entendimento dos contratos celebrados entre instalações hospitalares e operadoras para garantir resultados positivos e satisfação do cliente (SIQUEIRA, P. L. F. , 2014).

6 | CONCLUSÃO

Para a realização de uma auditoria na unidade Cirúrgica, é necessário que o profissional tenha familiaridade com o processo, conhecer os custos hospitalares e ter consciência das responsabilidades. O enfermeiro auditor do departamento cirúrgico é responsável pela gestão de custos, desperdício de materiais e débitos incorretos, além de monitorar e controlar o uso de materiais de consumo e permanentes, sem comprometer a qualidade do atendimento.

Conclui-se que o papel do enfermeiro auditor no centro cirúrgico é de suma importância, pois cabe a ele orientar todos os envolvidos no processo de como é o método de cobrança do procedimento anestésico e cirúrgico para que todos possam colaborar com o bom resultado econômico da instituição, evitando glosas e insatisfação por parte da gestão.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, T. S. DE et al. A atuação do enfermeiro auditor na qualidade da assistência à saúde: revisão bibliográfica integrativa. *Revista de Administração em Saúde*, v. 21, n. 85, 4 dez. 2021.

GIL, A.C. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 4 ed. São Paulo: Atlas, 1994.

GHIZONI, M. W.; VUNHA, K. P.; GIUSTINA, K. P. D. Atuação do enfermeiro que pratica auditoria hospitalar em um hospital de grande porte da região sul de Santa Catarina. *Rev. Ciênc. Cidadania*, v. 1, n. 1, 2015.

MARTINS, K. N. et al.. Processo gerencial em centro cirúrgico sob a ótica de enfermeiros. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 34, p. eAPE00753, 2021.

MEDRADO, S. de S. R.; MORAES, M. W. de. Auditoria de enfermagem em Centro Cirúrgico: Atuação do enfermeiro auditor. *Revista SOBECC*, [S. l.], v. 16, n. 1, p. 56–62, 2011. Disponível em: <https://revista.sobecc.org.br/sobecc/article/view/199>. Acesso em: 2 set. 2023.

SIQUEIRA, P. L. F. Auditoria em Saúde e atribuições do Enfermeiro Auditor. *Cad Saúde e Desenvolvimento*, v. 3, n. 2, jul./dez. 2014.

SOUZA, M. P. DE; CERETTA, L. B.; SORATTO, M. T. Auditoria Concorrente no Centro Cirúrgico: Concepções dos Enfermeiros. *Saúde e Pesquisa*, v. 9, n. 2, p. 263–272, 7 out. 2016.

THEORETICAL PERSPECTIVES ON CHILD VIOLENCE IN BORDER REGIONS AND THE ROLE OF NURSING PROFESSIONALS IN PREVENTION

Data da submissão: 06/10/2023

Data de aceite: 01/11/2023

Thiago Araújo dos Reis

Instituto de Ensino Superior de Foz do
Iguaçu (CESUFOZ)
Foz do Iguaçu - Paraná
ORCID: 0009-0003-4210-0472

Fátima Regina Cividini

Instituto de Ensino Superior de Foz do
Iguaçu (CESUFOZ)
Foz do Iguaçu - Paraná
ORCID: 0000-0003-4129-7915

Sandonaid Andrei Geisler

Instituto de Ensino Superior de Foz do
Iguaçu (CESUFOZ)
Foz do Iguaçu - Paraná
ORCID: 0000-0001-9346-6624

ABSTRACT: This study focuses on child violence, highlighting its relevance in the Brazilian context, particularly in border regions. In the 1980s, Brazil witnessed an uptick in deaths due to assaults and urban violence, linked to neoliberal policies and escalating social inequalities. Child violence encompasses various forms of abuse, including physical, sexual, psychological, and neglect, with severe repercussions on children's physical and mental health, elevating their risk of developing risky

behaviors during adolescence and adulthood. In border areas, this issue becomes even more intricate due to involvement in drug trafficking, arms trade, and illegal migration. The study employed a literature review methodology using the documentation technique, drawing from sources such as the Virtual Health Library (VHL), Google Scholar, PubMed, and the Digital Library of Theses and Dissertations (BDTD). The process encompassed five stages: textual analysis, thematic analysis, interpretative analysis, problematization of themes, and constructing a personal synthesis. This method enabled a comprehensive analysis, categorizing the selected material into two themes: child violence in border regions and the multidisciplinary role in health for its prevention. Child violence in border areas, deeply rooted in ethnocentrism and inequalities, gravely affects children. The ambiguous presence of the State facilitates activities like drug trafficking. Health professionals play a pivotal role in prevention, but they encounter challenges such as inadequate training and fear of reprisals. Compulsory case reporting is mandatory in Brazil, but trust in the protection network and interdisciplinary collaboration are pivotal. A multidisciplinary approach is

imperative, encompassing individual, family, and community dimensions. The responsibility lies with health professionals, necessitating curriculum inclusion, ongoing education, and protocols. Addressing historical roots is paramount to enhancing the well-being of children in these regions.

KEYWORDS: Child Abuse; Border Health; Interdisciplinary Research; Patient Care Team

REFLEXÕES TEÓRICAS SOBRE VIOLÊNCIA INFANTIL EM REGIÃO DE FRONTEIRA E O PAPEL DO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM EM SUA PREVENÇÃO

RESUMO: Este estudo concentra-se na violência infantil, destacando sua relevância no contexto brasileiro, particularmente em regiões de fronteira. Na década de 1980, o Brasil viu um aumento nas mortes por agressões e na violência urbana, associado a políticas neoliberais e crescentes desigualdades sociais. A violência infantil compreende diversas formas de abuso, como físico, sexual, psicológico e negligência, com graves impactos na saúde física e mental das crianças, aumentando seu risco de desenvolver comportamentos de risco na adolescência e idade adulta. Nas áreas de fronteira, essa problemática é ainda mais complexa devido ao envolvimento com tráfico de drogas, armas e migração ilegal. O estudo empregou uma metodologia de revisão de literatura com a técnica de documentação, utilizando fontes como a Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), Google Acadêmico, Pubmed e Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD). O processo envolveu cinco etapas: análise textual, análise temática, análise interpretativa, problematização dos temas e construção da síntese pessoal. Esse método permitiu uma análise aprofundada e a categorização do material selecionado em dois temas: a violência infantil em regiões de fronteira e do papel multidisciplinar na saúde para sua prevenção. A violência infantil em áreas de fronteira, enraizada em etnocentrismo e desigualdades, afeta gravemente as crianças. A presença ambígua do Estado facilita atividades como o tráfico de drogas. Profissionais de saúde são essenciais na prevenção, mas enfrentam desafios, como a falta de capacitação e medo de represálias. A notificação compulsória de casos é obrigatória no Brasil, mas a confiança na rede de proteção e colaboração interdisciplinar são cruciais. A abordagem multiprofissional é necessária, considerando dimensões individuais, familiares e comunitárias. A responsabilidade recai sobre os profissionais de saúde, exigindo inclusão curricular, educação continuada e protocolos. Enfrentar as raízes históricas é fundamental para melhorar o bem-estar das crianças nessas regiões.

PALAVRAS-CHAVE: Maus-Tratos Infantis; Saúde na Fronteira; Pesquisa Interdisciplinar; Equipe de Assistência ao Paciente.

INTRODUCTION

The study of violence in the healthcare sector gained prominence in Brazil during the 1980s due to a surge in deaths resulting from assaults and urban violence. These issues were linked to transformations in cities, rural migration, neoliberal policies, and escalating social inequalities. Such problems affected all social strata, necessitating a comprehensive approach. While the economic costs of violence are often measured, it is equally vital

to consider the social and cultural dimensions affecting both victims and healthcare professionals. This is crucial for developing comprehensive public health prevention and intervention strategies (Minayo, 2005).

As emphasized by Minayo and Lima (2013), violence affects individuals across various social strata, with certain groups, such as children, the elderly, people with disabilities, women, and migrants, being particularly vulnerable. These groups face unique challenges in preventing and protecting themselves from violence, emphasizing the need for a sensitive approach to their specific needs to ensure safety and well-being. This study primarily focuses on child violence.

Child violence is a significant global challenge affecting millions of children worldwide, manifesting in various forms and contexts. It encompasses actions or omissions causing physical, psychological, or sexual harm or suffering to children or adolescents. These manifestations include physical abuse, sexual abuse, neglect, psychological abuse, and domestic violence. Physical abuse comprises acts like hitting, kicking, shaking, or causing injury to a child. Sexual abuse involves any form of inappropriate sexual contact or activity with a child, such as touching, fondling, or penetration. Neglect refers to the deprivation of basic needs like adequate food, medical care, and education. Psychological abuse includes humiliation, threats, emotional manipulation, or rejection of the child. Domestic violence can encompass the child's exposure to violent conflicts between parents or direct suffering caused by a parent (Brazil, 1990; Aragão et al., 2013; Conceição et al, 2022).

Child violence can have severe and lasting impacts on children's health and well-being, leading to physical problems like injuries, developmental disorders, and eating disorders, as well as psychological effects such as depression, anxiety, post-traumatic stress disorder, and behavioral and learning difficulties. Exposure to violence can also increase the risk of engaging in risky behaviors during adolescence and adulthood, potentially leading to poor school performance, mental and behavioral disorders, and a perpetuation of violence into adulthood. In border regions, these problems can worsen due to factors such as drug trafficking, weapons, illegal immigration, and limited resources to address them (Minayo, 2001; Castro; Rodrigues, 2012; Aragão et al., 2013).

Preventing child violence is crucial to protect children and promote their healthy development. Strategies include raising public awareness about child violence, creating safe environments, promoting positive parenting and caregiver roles, establishing protection and response systems, and supporting early childhood education (Fabríz, 2019).

Despite these efforts, gaps in knowledge persist regarding how child violence manifests in border regions and how healthcare professionals can effectively address it. Given the increased incidence of child violence in border areas, coupled with the lack of training among health professionals and limited resources, research and a multidimensional, interdisciplinary approach are essential. Researchers should delve into the social issues contributing to violence and connect them to living conditions, the environment, culture, and

access to vital services, including healthcare (Minayo; Lima, 2013).

Considering the above, research plays a pivotal role in understanding child violence in border regions comprehensively and in identifying effective prevention and intervention strategies. The central question that this research seeks to answer is: **“What are the causes, consequences and how to prevent child violence in border areas?”** This research aims to address the causes, consequences, and prevention of child violence in these areas, acknowledging that child violence is a grave problem impacting the lives of countless children worldwide. Therefore, developing effective policies and actions is imperative to protect children’s well-being.

METHOD

To address the research question, a qualitative bibliographical research approach was employed, following Severino (2016) definition, which is characterized by its reliance on existing records from prior research, including documents, books, articles, theses, among other sources. This method involves categorizing the studies based on theoretical discussions previously explored by other researchers, with a focus on their contributions to the analyzed theme.

The research technique chosen for this study was documentation, which emphasizes the organization of data, making it ready for analysis by researchers (Severino, 2016). This methodology was broken down into five stages:

- a) Selection of sources: Relevant sources from databases such as the Virtual Health Library (VHL), Google Scholar, PubMed, and the Digital Library of Theses and Dissertations (BDTD) were chosen to identify authors and terms used. The bibliographical review encompassed both white and gray literature, including scientific articles, academic dissertations and theses, and official documents related to child violence in border regions in Brazil. Inclusion criteria for the studies were: publication between 2000 and 2023, availability in Portuguese, Spanish, or English, presentation of data on child violence in border regions, and the field of study located within Brazilian territory. To locate materials meeting these criteria, keywords from the Health Sciences Descriptors (DeCS) were employed, including Border Health, Child Abuse, and Nursing.
- b) Thematic analysis: This stage involved creating a list of selected bibliographic sources, with a focus on identifying each author’s central concepts related to child violence and the role of health professionals.
- c) Interpretive analysis: During this phase, connections and relationships were established among the dialogues of each author, aiming for a deeper understanding of the perspectives presented.
- d) Problematicization of themes: This stage was designed to address the initial research question, promoting a critical and in-depth analysis of the topics covered.

e) Construction of personal synthesis: Finally, reflections were developed on the analyzed categories, contributing interpretations and insights specific to the research.

This methodological process facilitated a comprehensive and in-depth exploration of the topic, ensuring a rigorous analysis grounded in existing studies.

Following the material selection, a thorough and meticulous analysis was conducted, establishing connections between all the collected materials and the theoretical framework. As outlined by Polit and Beck (2019), the analysis of qualitative information involves a comprehensive examination of narrative data to identify prevailing themes and patterns within the identified themes. The content analysis process, following Bardin (2016) guidelines, consists of three fundamental steps: a) pre-analysis, b) material exploration, and c) result treatment, inference, and interpretation. From the examination of the selected material, two discussion categories emerged, organized, and characterized in alignment with the overarching theme: child violence in border regions and the multidisciplinary role in health for violence prevention.

CHILDHOOD VIOLENCE IN BORDER REGIONS

Border regions serve as dynamic intersections encompassing diverse elements such as human interactions, land, nature, and a complex web of political, economic, symbolic, and cultural dimensions. These areas transcend mere geographical or historical divisions, representing stages where ideological and economic confrontations unfold among various ethnic, racial, and culturally diverse groups. However, they are also spaces where contradictions and violence, especially against children, intensify, given that children are the most significant victims and the most vulnerable (Minayo, 2001; Fabriz, 2019).

The colonial history has bequeathed enduring ethnocentric, racist, and patriarchal dimensions that permeate these border regions, creating an environment characterized by conquest, instability, and violence. Capital expansion over indigenous territories and peasant populations resulted in massacres that profoundly affected women and children. These contact zones witnessed cruel forms of oppression, including slavery, servitude, human trafficking, and sexual exploitation. Border regions in South and Central American countries often find themselves entangled in drug, goods, and human trafficking, further exacerbating violence against children. This intensification of violence is exacerbated by the historically ineffective presence of the state in these areas, characteristic of peripheral states subordinated in the international division of labor and marked by racial and gender disparities. Borders are utilized to sustain global capitalism through domination, exploitation, and violence (Tomaz, 2001; Minayo, 2001).

Borders also serve as the backdrop for territorial disputes between countries, which can escalate into armed conflicts and force people to seek refuge in neighboring nations. These migrations introduce new challenges and further increase the vulnerability of already

marginalized groups, such as women and children (Fabríz, 2019).

THE MULTIDISCIPLINARY ROLE IN PREVENTING AND ADDRESSING CHILDHOOD VIOLENCE

Health professionals play a vital role in caring for children and adolescents, whether it involves identifying violence or recognizing conditions that might indicate potential violence. By assessing risks, professionals can intervene to disrupt or prevent abusive situations, potentially altering the course of young lives. In many cases, healthcare professionals can assist families in adopting entirely new approaches to caring for their children. However, it's crucial to underscore the importance of providing psychological support to professionals who handle children and adolescents involved in violent situations (Martins; Jorge, 2010).

In Brazil, the mandatory reporting of child violence cases is a legal requirement in all healthcare services, whether public or private. However, numerous obstacles hinder healthcare professionals from reporting effectively. These challenges encompass a lack of training and capacity building to identify and handle child violence situations, fear of potential reprisals by aggressors, particularly in border areas where trafficking and violence are more intense, and difficulties in recognizing violence cases (Brazil, 2001; Nunes; Sales, 2016).

Many cases of violence go unreported or undocumented, significantly underestimating the actual number of occurrences due to underreporting. Fear is one of the primary obstacles encountered by nursing professionals in violence contexts. This fear often influences professionals' actions, leading to underreporting and inadequate care provision. Addressing and overcoming this fear is crucial to improving care for patients who have experienced violence (Bezerra; Monteiro, 2012; Fernandes; Costa, 2021; Anunciação et al., 2022).

Lack of trust in the child protection network, the absence of specialized services, and an inability to resolve referred cases are cited as reasons for underreporting. Additionally, the lack of engagement from healthcare professionals in reporting suspected and confirmed cases of child violence is common, primarily due to the lack of training in identifying such cases and the fear of potential consequences resulting from reporting. To combat underreporting, establishing well-organized and clearly defined interdisciplinary collaborations is essential, ensuring each professional understands their responsibility and role to facilitate effective referrals (Reichenheim et al., 2011; Guimarães; Villela, 2011; Fabríz, 2019).

The absence of follow-up for cases referred to the Guardianship Council or the child protection network presents a challenge, leaving victims and their families unsupported. This hindrance complicates the development of intervention plans aimed at preventing recurrence, improving family dynamics, and minimizing trauma (Brazil, 2001).

While reporting is a critical step in stopping violent behavior within families and by aggressors, it represents only the initial phase in caring for child violence victims. Nurses,

who often have initial contact with abused children, must collaborate with multidisciplinary teams to develop continuous care plans and strategies to minimize trauma and prevent recurrence (Brazil, 2018; Anunciação et al., 2022).

Addressing child violence is a multidisciplinary responsibility, with professionals from various backgrounds, including doctors, dentists, nurses, social workers, physiotherapists, psychologists, speech therapists, pedagogues, and psychiatrists, all playing a pivotal role in addressing cases of child and adolescent violence. Given the complexity of these cases, a multidisciplinary approach is essential, considering individual, family, and community dimensions. Family health teams are well-positioned to provide support when possible, and mental health professionals should be involved from the outset of the assessment and treatment process, either directly or through Family Health Support Centers (NASF), which support family health teams (Egry; Apostolico; Morais, 2018).

Ultimately, the responsibility for reporting suspected or confirmed child violence cases, identifying, and detecting child violence, educating the population on child protection, intervening on child violence risk factors, and providing support and training to staff handling such cases falls on healthcare professionals. To meet these demands, it is essential to include child violence topics in curricula, implement ongoing education initiatives, and establish protocols to guide professionals in these situations (Santos; Yakuwa, 2015; Sá et al., 2016; Pires, 2017).

FINAL CONSIDERATIONS

This study has sought to engage in theoretical reflections concerning child violence in border regions, with the overarching goal of comprehending its origins, repercussions, and the formulation of preventive and intervention strategies. Border regions, marked by intense interactions encompassing material, physical, and human exchanges, often transform into environments susceptible to drug, merchandise, and human trafficking. This dynamic exacerbates violence, particularly against vulnerable groups such as women and children, thereby intensifying the vulnerability of marginalized populations.

Healthcare professionals play a pivotal role in addressing child violence, being well-positioned to identify cases and work towards prevention, representing a unique opportunity to enhance the lives of children. However, within the Brazilian context, the process of mandatory case notification faces significant challenges, including inadequate training and the fear of potential reprisals, resulting in underreporting.

Furthermore, a lack of trust in the child protection network, the absence of specialized services, and the need for effective interdisciplinary collaboration are factors that contribute to this issue. It is essential to underscore that notification is merely the initial step. Healthcare professionals must collaborate closely with multidisciplinary teams, including mental health professionals, to devise comprehensive care plans and prevent the recurrence of violence.

A multidisciplinary approach should encompass individual, family, and community dimensions, as the responsibility for preventing and addressing child violence rests upon healthcare professionals. This demands actions like integrating the subject into educational curricula, facilitating ongoing education, and implementing protocols that guide responses in situations of this nature.

REFERENCES

- Anunciação, L. L. et al. **Violência contra crianças e adolescentes: intervenções multiprofissionais da Atenção Primária à Saúde na escola.** Saúde em Debate. 2022, v. 46, n. Spe 3, pp. 201-212, 2022 Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103>
- Aragão, A. S et al. **Abordagem dos casos de violência à criança pela enfermagem na atenção básica.** Rev Latino-Am Enferm, v. 21, n. spe, pp. 172-179, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692013000700022>
- Bardin, L. **Análise de Conteúdo.** São Paulo: Edições 70, 2016, 279p.
- Brasil. Casa Civil. **Lei nº 8069, de 13 de julho de 1990.** Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, 13 de julho de 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm
- Brasil. Ministério da Saúde. **Portaria nº1968, de 25 de outubro de 2001.** Dispõe sobre a notificação, às autoridades-competentes, de casos de suspeita ou de confirmação de-maus-tratos contra-crianças e adolescentes atendidos nas entidades do Sistema Unido de Saúde. Diário Oficial da União. Brasília, 25 de outubro de 2001. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt1968_25_10_2001_rep.html
- Bezerra, K. P; Monteiro, A. I. **Violência intrafamiliar contra a criança: intervenção de enfermeiros na estratégia de saúde da família.** Rev Rene. 2012; v.13, n.2, pp.354-64, 2012. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/3240/324027981012.pdf>
- Castro, J. M; Rodrigues-Júnior, A. L. **A influência da mortalidade por causas externas no desenvolvimento humano na Faixa de Fronteira brasileira.** Cad Saúde Pública. Rio de Janeiro, v. 28, n. 1, pp. 195-200, 2012 Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2012000100022>
- Conceição, M. M. et al. **Child and adolescent victims of sexual violence: aspects of physical and emotional development.** Rev Bras Enferm. v. 75, n. Suppl 2, e20200584, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0584>
- Egry, E. Y; Apostolico, M. R; Moraes, T. C. P. **Notificação da violência infantil, fluxos de atenção e processo de trabalho dos profissionais da Atenção Primária em Saúde.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 23, n.1, pp. 83-92. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018231.22062017>
- Fabriz, L. A. **Sistema Integrado de Saúde nas Fronteiras entre o Brasil e o Paraguai, no Estado do Paraná: um estudo avaliativo.** 2019. Tese (Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/T.22.2019.tde-22102019-201716>

Fernandes, M. N.; Costa, R. P. **A Declaração dos Direitos da Criança de 1924, a Liga das Nações, o modelo tutelar e o movimento Save the children: o nascimento do menorismo.** Revista Brasileira de História & Ciências Sociais, v. 13, n. 25, pp. 287–313, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.14295/rbhcs.v13i25.11887>

Guimarães, J. A. T. L.; Villela, W. V. **Características da violência física e sexual contra crianças e adolescentes atendidos no IML de Maceió, Alagoas, Brasil.** Cadernos de Saúde Pública, v. 27, n. 8, pp. 1647-1653, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2011000800019>

Martins, C. B. G.; Jorge, M. H. P. **Maus-tratos infantis: um resgate da história e das políticas de proteção.** Acta Paul Enferm, v.23, n.3, pp. 423-8, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002010000300018>

Minayo, M. C. S. **Violência contra crianças e adolescentes: questão social, questão de saúde.** Rev. bras. saúde matern. infant., Recife, v.1, n.2, pp. 91-102, maio-ago, 2001. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1519-38292001000200002>

Minayo, M. C. S. **Violência: um problema para a saúde dos brasileiros.** In: Brasil. Ministério da Saúde. Impacto da violência na saúde dos brasileiros. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 340p. pp.9-42. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/impacto_violencia.pdf

Minayo, M. C. S.; Lima, C. A. **Processo de formulação e ética de ação da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências.** In: Njaine, K; Assis, S. G; Constantino, P. (org.) Impactos da violência na saúde. Rio de Janeiro: ENSP, 2013, pp. 43-56. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/7yzrw>

Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Análise epidemiológica da violência sexual contra crianças e adolescentes no Brasil, 2011 a 2017.** Boletim Epidemiológico nº 27, v.49, jun. 2018. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2019/07/2018-024.pdf>

Miura, A. S. **Análise espacial dos casos de violência infanto-juvenil em regiões de faixa de fronteira do Brasil.** 2020. 137 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública em Região de Fronteira) - Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Foz do Iguaçu, 2020. Disponível em: <https://tede.unioeste.br/handle/tede/5071>

Nunes, A. J; Sales, M. C. V. **Violência contra crianças no cenário brasileiro.** Ciência & Saúde Coletiva, v.2, n.3, pp.871-880, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015213.08182014>

PIRES, A. C. **Papel do enfermeiro frente ao abuso sexual de crianças e adolescentes.** 2017. 21 f. Monografia (Graduação) – Faculdade de Ciências da Educação e Saúde, Centro Universitário de Brasília, Brasília, 2017. Disponível em: <https://repositorio.uniceub.br/jspui/handle/235/11756>

Polit, D. F.; Beck, C. T. **Fundamentos da Pesquisa em Enfermagem.** 9ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2019

Reichenheim, M. E et al. **Violência e lesões no Brasil: efeitos, avanços alcançados e desafios futuros.** The Lancet, pp. 75-89, 2011.Tradução. Disponível em: <http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor5.pdf>.

Sá, C. M. Q et al. **Atenção da equipe de enfermagem frente à violência sexual contra crianças e adolescentes.** Mostra Interdisciplinar do curso de Enfermagem, v.2, n.2, pp.1-5, dez. 2016. Disponível em: <http://publicacoesacademicas.unicatolicaquixada.edu.br/index.php/mice/article/view/1142/918>

Santos, J. S; Yakuwa, M. S. A. **Estratégia Saúde da Família frente à violência contra crianças: revisão integrativa.** Rev. Soc. Bras. Enferm. Ped, v. 15, n. 1, pp. 38-43, jun. 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.31508/1676-3793201500006>

Severino, A. J. **Metodologia do trabalho científico.** 24^a ed. São Paulo: Cortez, 2016.

Tomás, C. A. **A transformação da infância e da educação: algumas reflexões sócio-históricas.** Paidéia, v.11, n.20, pp.69-72, 2001. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-863X2001000200008>

ENFERMEIRO FRENTE A EQUIPE DE ENFERMAGEM ACOMETIDA PELA SÍNDROME DE BURNOUT PÓS PANDEMIA DE COVID-19

Data de aceite: 01/11/2023

Karen Cardoso Rodrigues

Graduanda em Enfermagem pelo Centro Universitário Unigran Capital. Trabalho de Conclusão de Curso.

Karina Angélica Alvarenga Ribeiro

Coordenadora e Docente no curso de Graduação em Enfermagem no Centro Universitário UNIGRAN Capital/MS. Enfermeira, Mestre em Saúde Coletiva, especialista em Saúde da Família.

Felipe Cesar Veloso de Oliveira

Docente no curso de Graduação em Enfermagem no Centro Universitário UNIGRAN Capital/MS. Enfermeiro, Mestre em Meio Ambiente e Desenvolvimento, especialista em Urgência e Emergência.

Geovana Caroline Motta Brito

Docente no curso de Graduação em Enfermagem no Centro Universitário UNIGRAN Capital/MS. Enfermeira, Especialista em Neonatologia e Pediatria.

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado ao Curso de Graduação em Enfermagem, do Centro Universitário UNIGRAN Capital, como pré-requisito para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem. Linha de pesquisa: Aspectos clínicos, epidemiológicos e laboratoriais em saúde. Orientadora: Prof^a Me Karina Angélica Alvarenga Ribeiro.

RESUMO: Introdução: A Síndrome de Burnout ou Síndrome do Esgotamento Profissional se encontra em evidência no cenário atual, a principal causa dessa síndrome é o excesso de trabalho. Objetivo: Conhecer através dos estudos científicos as ações desenvolvidas pelo enfermeiro na detecção da Síndrome de Burnout frente a equipe de enfermagem pós pandemia da COVID-19. Métodos: Esse estudo trata-se de uma revisão integrativa. Este procedimento foi escolhido por possibilitar a análise de conhecimento científico já disponível sobre o tema “Enfermeiro frente a equipe de enfermagem acometida pela Síndrome de Burnout pós pandemia de Covid-19”. Coleta de informações em banco de dados SCIELO (Scientific Eletronic Library Online), BVS (Biblioteca Virtual em Saúde), LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), BDENF (Base

de Dados de Enfermagem) e DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) / MeSH (Medical Subject Headings), publicações entre 2015 a 2023 em idioma português. Resultados: Com este estudo foi possível identificar os principais fatores que influenciaram na prevalência da Síndrome de Burnout nos profissionais no período de pandemia, assim como analisar a falta de conhecimento dos mesmos em relação à Síndrome e os seus respectivos sinais e sintomas. Considerações Finais: Conclui-se que existe necessidade de ações de intervenção e prevenção da Síndrome nos profissionais da equipe de enfermagem e espera-se que esse estudo possa incentivar novas pesquisas em relação à síndrome de burnout, como foco na qualidade de vida profissional.

PALAVRAS CHAVE: Covid-19; Esgotamento Profissional; Equipe de Enfermagem.

NURSE IN FRONT OF THE NURSING TEAM AFFECTED BY THE POST-COVID-19 BURNOUT SYNDROME

ABSTRACT: **Introduction:** Burnout Syndrome or Professional Exhaustion Syndrome is in evidence in the current scenario; the main cause of this syndrome is overwork. **Objective:** To know through scientific studies the actions developed by nurses in the detection of Burnout Syndrome in front of the nursing team after the COVID-19 pandemic. **Methods:** This study is an integrative review. This procedure was chosen to enable an analysis of the scientific knowledge already available on the topic “Nurses facing the nursing team affected by Burnout Syndrome after the Covid-19 pandemic”. Collection of information in the SCIELO database (Scientific Electronic Library Online), BVS (Virtual Health Library), LILACS (Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences), BDENF (Nursing Database) and DeCS (Descriptors in Health Sciences) / MeSH (Medical Subject Headings), publications between 2015 and 2023 in Portuguese. **Results:** With this study, it was possible to identify the main factors that influenced the prevalence of Burnout Syndrome in professionals during the pandemic period, as well as to analyze their lack of knowledge regarding the Syndrome and its respective signs and symptoms. **Final Considerations:** It is concluded that there is a need for intervention and prevention actions for the Syndrome in the professionals of the nursing team and it is expected that this study will encourage further research in relation to the burnout syndrome, with a focus on the quality of professional life.

KEYWORDS: Covid-19; Professional Exhaustion; Nursing team.

ENFERMERA ANTE EL EQUIPO DE ENFERMERÍA AFECTADO POR EL SÍNDROME DE BURNOUT DESPUÉS DE LA PANDEMIA DE COVID-19

RESUMEN: **Introducción:** El Síndrome de Burnout (SB) o Síndrome de Agotamiento Profesional está en evidencia en el escenario actual, la principal causa de este síndrome es el exceso de trabajo. **Objetivo:** Conocer a través de estudios científicos las acciones desarrolladas por enfermeros en la detección del Síndrome de Burnout frente al equipo de enfermería después de la pandemia del COVID-19. **Métodos:** Este estudio es una revisión integradora. Este procedimiento fue elegido para permitir un análisis del conocimiento científico ya disponible sobre el tema “Enfermeras frente al equipo de enfermería afectado por el Síndrome de Burnout después de la pandemia de Covid-19”. Recolección de información en la base de datos SCIELO (Biblioteca Científica Electrónica en Línea), BVS (Biblioteca

Virtual en Salud), LILACS (Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud), BDENF (Base de Datos de Enfermería) y DeCS (Descriptores en Ciencias de la Salud) / MeSH (MeSH Encabezamientos de materia), publicaciones entre 2015 y 2023 en portugués.

Resultados: Con este estudio fue posible identificar los principales factores que influyeron en la prevalencia del Síndrome de Burnout en los profesionales durante el período de la pandemia, así como analizar su desconocimiento sobre el Síndrome y sus respectivos signos y síntomas. **Consideraciones Finales:** Se concluye que existe la necesidad de acciones de intervención y prevención del Síndrome en los profesionales del equipo de enfermería y se espera que este estudio anime a seguir investigando en relación al síndrome de burnout, con foco en la calidad de vida profesional.

PALABRAS CLAVE: Covid-19; Agotamiento Profesional; equipo de enfermería.

1 | INTRODUÇÃO

Em 11 de março de 2020 a Organização Mundial da Saúde (OMS) decretou o início da pandemia mundial da doença causada pelo novo coronavírus. De acordo com a OMS, uma pandemia é a disseminação mundial de uma nova doença. “A Covid-19 é uma infecção respiratória aguda causada pelo coronavírus SARS-CoV2, potencialmente grave, de elevada transmissibilidade e de distribuição global.” (UNA-SUS, 2020)

No que se refere aos trabalhadores da área da saúde, em destaque a equipe de enfermagem, os desafios de suas atividades vão desde o cuidado primário até o mais elevado nível de cuidado em saúde, e suas ações têm um impacto direto na qualidade de vida das pessoas. Consequentemente, é necessário prestar uma atenção especial aos sinais de esgotamento profissional, uma vez que a diminuição da qualidade do atendimento prestado é um dos primeiros indícios de alerta.

Dentre as profissões que atuaram na linha de frente durante o período pandêmico, temos em destaque a enfermagem, que atua no cuidado integral às pessoas infectadas, e nesse contexto, ocorre um acréscimo na jornada de trabalho, fadiga corporal, falta de equipamentos de proteção adequados, elevada taxa de transmissão de doenças dentro do ambiente hospitalar e o enfrentamento de decisões éticas desafiadoras relacionadas ao racionamento de cuidados, as quais podem afetar significativamente o bem-estar físico e mental aos profissionais da área da saúde. (SANTOS et al., 2021)

Entre as consequências referidas em relação ao adoecimento da equipe de enfermagem, foi reconhecida a Síndrome de Burnout (SB) que é conhecida como Síndrome do Esgotamento Profissional, que no cenário da pandemia ficou em evidência. A SB é um distúrbio emocional com sintomas de exaustão, estresse e esgotamento físico. (BRASIL, 2020)

A Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-11), a SB também é definida em termos como falta de energia, ineficácia, ampliação do distanciamento com o trabalho, dentre outras. (OPAS, 2019)

Diante esse temática, nota-se a importância de ações de intervenção e prevenção

relacionadas a SB, e que é preciso diagnosticá-la precocemente, pois muitos profissionais apresentam um alto risco de desenvolvê-la, e também está extremamente ligado ao alto risco de depressão, o que dificulta na questão de hierarquia ou de dificuldades pessoais que são considerados fatores estressores e se relacionando ainda a fatores psicossociais.

O impacto que essa síndrome pode vir a causar nos profissionais e serviços de saúde, trazem tamanha preocupação. Considerando todo o cenário que se viveu durante a pandemia, nesse momento pós torna-se essencial buscar conhecimento sobre a SB. O rastreio e possíveis intervenções a serem adotadas devem envolver a equipe como um todo.

Deste modo, a pesquisa tem como objetivo conhecer através dos estudos científicos as ações desenvolvidas pelo enfermeiro na detecção da Síndrome de Burnout frente a equipe de enfermagem pós pandemia da COVID-19, bem como descrever os principais fatores que desencadearam a síndrome nesse período e descrever as dificuldades na detecção da síndrome na equipe de enfermagem.

2 | MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo de revisão integrativa da literatura, de cunho descritivo, com o propósito de encontrar respostas para a questão norteadora desta pesquisa, a saber: “Quais ações podem ser desenvolvidas pelo enfermeiro diante a Síndrome de Burnout?”. A pesquisa ocorreu no período de março a abril de 2023 e seguiu as seguintes etapas da revisão integrativa: identificação do tema e questão de pesquisa, critério de inclusão e exclusão, definição das informações extraídas, avaliação, interpretação e apresentação dos resultados (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010)

Os critérios de inclusão utilizados neste estudo foram: artigos publicados entre 2015 a 2023, artigos indexados na base de dados Literatura Latino-Americana em Ciências de Saúde (LILACS), Base de Dados em Enfermagem (BDENF) e na Scientific Eletronic Library Online (SciELO), artigos disponibilizados no idioma português. Já os critérios de exclusão foram os artigos que não atenderam os critérios de inclusão, resumos e anais de evento, estudos que não estavam no período entre 2015 a 2023, artigos internacionais, artigos do tipo relato de experiência, artigos que não correspondiam aos objetivos e os que não apresentaram a sua versão completa.

Os termos utilizados como descritores de acordo com os Descritores em Ciências da Saúde (DECS) foram: “Covid-19”, “Esgotamento Profissional”, “Equipe de Enfermagem”, utilizando os operadores booleanos AND nas associações: Covid-19 and Esgotamento Profissional and Equipe de Enfermagem.

As etapas metodológicas que serão cumpridas para a seleção dos artigos estão detalhadas na Figura 1.

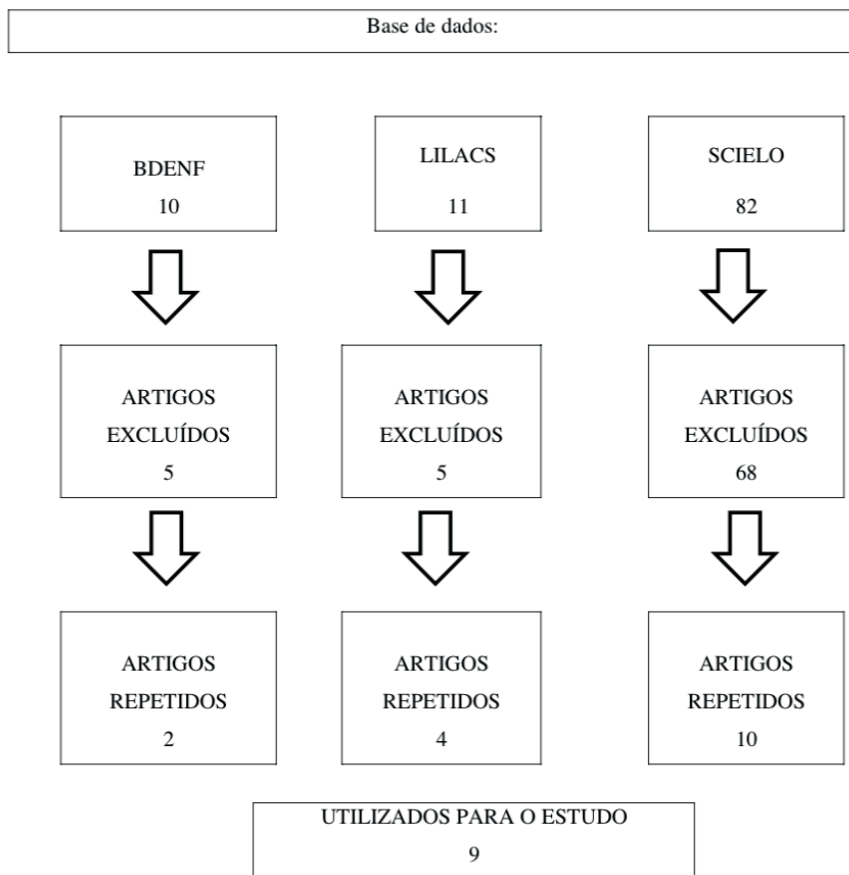


Figura 1. Fluxograma das buscas nas bases de dados:

Fonte: elaborado pelo autora (2023).

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

A pesquisa em bases de dados resultou em 10 artigos na base Bdenf, sendo 5 excluídos por não atender os objetivos e 2 repetidos em outra base de dados, 11 na base Lilacs, sendo 5 excluídos e 4 repetidos, 82 na base SciELO, sendo 68 excluídos por não atenderem aos objetivos e a temática central, e 10 repetidos em outras bases de dados. Após a análise dos artigos e leitura dos resumos, selecionaram-se 3 artigos na base Bdenf, 2 na base Lilacs e 4 na base Scielo. Pesquisa na base Scielo se teve como critério a utilização dos descritores Covid-19, Esgotamento Profissional e Equipe de Enfermagem associados ao operador booleano AND, logo após fiz a escolha das especificidades para a pesquisa dos artigos que se enquadrassem no meu estudo que foram, o período de 2015 a 2023, coleções Brasil, periódico todos, idioma Português e áreas temáticas Enfermagem. Na base de dados Bdenf foi utilizada a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), foram utilizados os critérios de texto completo, assuntos principais foram selecionadas o esgotamento

profissional, equipe de enfermagem e Covid-19, idioma Português e período de 2015 a 2023. Na base Lilacs também foi utilizada a BVS, e os critérios foram os mesmo que a base mencionada anteriormente. Desta maneira, restaram 9 artigos que constituíram a amostra do estudo, considerando os critérios de inclusão e exclusão. Foram analisadas nos artigos as variáveis: ordem, título, autor, periódico e objetivo(s). Conforme apresentado e descritos para tal, foi empregado um instrumento de coleta de dados, comumente utilizado em revisões integrativas.

O Quadro 1, localizado abaixo, traz informações sobre os artigos que foram elencados para esta revisão integrativa. Nele podemos observar o ano de publicação, nome dos autores, título, objetivo, metodologia e resultados dos estudos selecionados.

Ano	Nome dos Autores e Títulos	Objetivo	Metodologia	Resultados
2023	AMPOS, Larissa Fonseca et al. Implicações da atuação da enfermagem no enfrentamento da COVID-19: exaustão emocional e estratégias utilizadas.	Analisar as implicações e as estratégias utilizadas pela equipe de enfermagem no enfrentamento da pandemia.	Estudo multicêntrico, descritivo-exploratório e com abordagem qualitativa.	A pandemia contribuiu para a exaustão dos profissionais, sendo assim se evidencia a necessidade de acompanhamento à saúde dos mesmos.
2022	BARÃO, Regiane Cristina et al. Esgotamento profissional da equipe de enfermagem em unidade de terapia intensiva especializada em covid-19.	Identificar fatores de esgotamento psíquico e emocional nos profissionais de enfermagem que atuam na linha de frente a pacientes positivos e a confirmar com COVID-19.	Estudo descritivo, quantitativo e transversal.	O estudo identificou fatores relacionados ao esgotamento profissional no enfrentamento da pandemia.
2021	MOLLER, Gisele et al. Ambiente de prática de enfermagem em terapia intensiva e burnout profissional.	Avaliar e comparar a prevalência da SB em profissionais de enfermagem.	Estudo transversal e descritivo.	Observou-se maior prevalência da síndrome em enfermeiros da rede privada e em técnicos da enfermagem na rede pública.
2021	PASCOAL, Francilene Figueirêdo da Silva et al. Síndrome de burnout: conhecimento da equipe saúde do trabalhador.	Investigar o conhecimento dos profissionais da saúde do trabalhador sobre a SB.	Pesquisa exploratória e qualitativa.	Disseminar conhecimento acerca da síndrome.
2020	PERNICIOTTI, Patricia et al. Síndrome de Burnout nos profissionais de saúde: atualização sobre definições, fatores de risco e estratégias de prevenção.	Revisa definições, sintomas e consequências da Síndrome de Burnout nos profissionais da saúde.	Revisão de literatura.	Discutir ideais de intervenções na prevenção da SB.
2019	RIBEIRO, Eullayne Kassyanne Cardoso et al. Conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre a Síndrome de Burnout.	Identificar o conhecimento dos profissionais da equipe de enfermagem sobre a SB.	Estudo quantitativo e descritivo.	Conclui-se que os profissionais tem um conhecimento limitado em relação a SB.

2019	DUTRA, Herica Silva et al. Burnout entre profissionais de enfermagem em hospitais do Brasil.	Avaliar a ocorrência da SB nos profissionais da enfermagem.	Estudo transversal.	A SB tem relação com as características pessoais e laborais, nos profissionais, por isso se destaca a importância de intervenções.
2018	VIDOTTI, Viviane et al. Síndrome de Burnout e o trabalho em turnos na equipe de enfermagem.	Relação entre turno de trabalho e prevalência da SB.	Estudo transversal.	Os fatores psicossociais e baixo apoio social, apresentam associação a SB em todos os turnos.
2015	AMARAL, Juliana Ferri do; RIBEIRO, Juliane Portella; PAIXÃO, Dilmar Xavier da. Qualidade de vida no trabalho dos profissionais de enfermagem em ambiente hospitalar: uma revisão integrativa.	Identificar os fatores que influenciam na qualidade de vida dos enfermeiros que atuam em hospitais.	Revisão integrativa.	Recomenda-se a implantação de políticas e programas que visem à qualidade de vida no trabalho.

Quadro 1: Descrição dos artigos incluídos na revisão integrativa.

FONTE: elaborado pela autora (2023).

Assim, a partir dos resultados encontrados nos artigos e levando em consideração os objetivos deste presente estudo, foram divididas em duas categorias para se realizar a análise e discussão do conteúdo, sendo elas: fatores desencadeantes da Síndrome de Burnout no período de pandemia da Covid-19 e dificuldades na detecção da Síndrome na equipe de enfermagem.

FATORES DESENCADEANTES DA SÍNDROME DE BURNOUT NO PERÍODO DE PANDEMIA DA COVID-19

Diante todo o cenário de pandemia, se teve um aumento de profissionais atuando em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), muitos desses colaboradores desenvolveram síndromes relacionadas a saúde mental. Devido ao risco iminente de morte, os profissionais apresentaram inquietudes sobre a instabilidade infecciosa gerando assim insegurança nas rotinas de trabalho, contribuindo a alta relação a prevalência da síndrome de burnout devido aos desafios enfrentados por eles. (BARÃO et al., 2022)

Sinais de sobrecarga como o absenteísmo, que se caracteriza como falta ou atraso nos cumprimentos de deveres, a rotatividade de funcionários, a insatisfação, exaustão física e emocional, afetam a qualidade de vida e a assistência prestada por esse profissional, alguns fatores que podem auxiliar ou dificultar no desenvolvimento das atividades dos profissionais, na insatisfação, e no desenvolvimento da síndrome de burnout, como a autonomia, cuidados centrados na qualidade, reconhecimento da profissão e do profissional na unidade, liderança, participação, oferta de qualificações diversas e relações interpessoais. (MOLLER et al., 2021)

A síndrome de burnout apresenta um maior predomínio relacionada a carga horária

de trabalho acima de doze horas, e a turnos de trabalho, no caso o período matutino, onde se pode evidenciar maior incidência da mesma, relacionada a exaustão emocional e baixa realização profissional. Esse quadro se deve a rotina que esse período tem, devido a demanda de procedimentos, manejo dos pacientes e as relações com as equipes multiprofissionais. (VIDOTTI et al., 2018)

As fontes estressoras no ambiente de trabalho ocasionam o estresse ocupacional, como por exemplo a jornada excessiva, relações interpessoais, entre outros. E com a pandemia tivemos um agravamento, devido a diversas mudanças enfrentadas, como o redimensionamento de setores e equipes, novas medidas de paramentação para proteção individual, novos aprendizados em relação ao manejo dos pacientes infectados, ocasionando em mais sobrecarga nesse profissional. (AMPOS et al., 2023)

Tendo em vista que o trabalho da equipe de enfermagem nas unidades de saúde já traz um histórico de desgaste, devido a vários fatores como a dupla jornada, onde o profissional se sobrecarrega de contratos empregatícios para ter uma renda melhor, o não reconhecimento do desenvolvimento daquele profissional, que precisa realizar as suas atividades em um ambiente precário, lidando com falta de recursos para a realização de procedimentos simples, e principalmente pela cobrança que se tem relacionada a responsabilidade. (AMARAL; RIBEIRO; PAIXÃO, 2015)

Importante ressaltar que os fatores desencadeantes da síndrome de burnout geram grandes impactos na saúde mental da equipe de enfermagem. O sentimento de medo em relação a replicação desse vírus e a sobrecarga de trabalho, devido ao período que se viveu, contribuiu para o surgimento aparente dos sinais e sintomas que interferem diretamente na rotina profissional, bem como na rotina de vida diária. Assim, com o crescimento da presença da síndrome de burnout no espaço de saúde, se torna imprescindível a busca de medidas de prevenção e de combate aos riscos e agravos ao profissional da equipe de enfermagem.

DIFICULDADES NA DETECÇÃO DA SÍNDROME DE BOURNOUT NA EQUIPE DE ENFERMAGEM

Ao buscar artigos que compreendem essa categoria, temos uma escassez de material. É um tema amplo e de suma importância, porém não muito explorado.

A síndrome de burnout, mais comumente conhecida como esgotamento profissional, que se faz presente principalmente nas unidades de saúde, não é algo tão conhecido pelos profissionais. Quando se pensa no conceito, sinais, sintomas, fatores que levam ao desenvolvimento da mesma e as suas possíveis consequências, os profissionais não tem o conhecimento desses fatores, algo que permeia ao meio deles. Levando em conta a falta de conhecimento ou o conhecimento limitado sobre a temática, precisa-se se atentar a propagação de informações sobre a síndrome, para que os profissionais se atentem a

possíveis sinais e sintomas, tanto neles, quanto na equipe que eles pertencem. (RIBEIRO et al., 2019)

Sobre essa temática do conhecimento dos profissionais acerca da síndrome, como já mencionado, e a importância da propagação de informações sobre essa condição que acomete o trabalhador e até para evitá-la, fazendo com que o ambiente de trabalho seja mais leve. Então se tem a necessidade de que os gestores das unidades e setores, pensem e promovam atividades, ações, tanto para o conhecimento, reconhecimento e prevenção da síndrome, assim evitando diversos danos para o profissional e para o serviço prestado. (PASCOAL et al., 2021)

A síndrome de burnout com o passar do anos, possui algumas definições, que na verdade retornam para a mesma temática e foco que é o esgotamento profissional. A mais recente foi pela CID-11, que define a SB como sentir-se esgotado, sentimentos desfavoráveis em relação ao trabalho e eficiência profissional baixa. (PERNICIOTTI et al., 2020)

Os efeitos desfavoráveis que a síndrome causa nos profissionais e as suas consequências negativas relacionadas a assistência prestada, onde se tem um profissional que não consegue desempenhar as suas atividades com efetividade, podem levar a equipe a pensar em diversos fatores que estão deixando esse profissional menos eficiente, porém pela falta de conhecimento da SB, acabam não realizando essa associação. Esse quadro ele resulta na sobrecarga da equipe, que aumenta a chance de erros associados a assistência. (DUTRA et al., 2019)

De acordo com os estudos encontrados, se tem uma visão de que os profissionais não tem um conhecimento completo sobre a síndrome de burnout. Quando se fala em equipe de enfermagem, pensamos na coletividade, se eu enquanto profissional tiver conhecimento dos sintomas dessa síndrome, eu consigo ali juntamente com o apoio de uma equipe multiprofissional e gestores do setor, propagar o conhecimento da mesma, programar e realizar ações que visem a melhoria em fatores que possam estar sobrecarregando a minha equipe.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa permitiu evidenciar que quando se fala em síndrome de burnout temos uma grande quantidade de materiais, porém com algumas defasagens, como na questão de pesquisas relacionadas ao conhecimento da síndrome que logo resulta na dificuldade de detecção.

Na temática abordada, observou-se a prevalência que esse período propiciou ao desenvolvimento da síndrome, devido a diversos fatores como as mudanças de rotina, insegurança, com foco principal na falta de recursos e da sobrecarga empregada nos profissionais que atuaram na linha de frente, e como esses fatores têm o poder de agir

de forma negativa na assistência prestada pelos profissionais, assim gerando possíveis situações de erros.

Podemos notar que os profissionais foram em busca de alternativas para prevenir e combater as possíveis alterações que pudessem se manifestar na sua saúde física e mental. Em relação às dificuldades na detecção da síndrome de Burnout, logo, podemos observar que os profissionais da saúde têm conhecimento limitado e superficial em relação aos sinais e sintomas que essa síndrome pode resultar, e o que de fato pode levar ao seu desenvolvimento e quais as consequências ela pode causar.

Levando em consideração o meio de trabalho que esses profissionais estão inseridos e as suas atribuições, que são voltadas à assistência a pacientes, se deve ter uma maior preocupação em relação à propagação do conhecimento, de medidas e meios para se lidar com a síndrome, visando assim ter uma equipe que consiga realizar as suas demandas de forma plena.

Diante a questão norteadora do projeto que busca trazer quais ações o enfermeiro pode desenvolver frente a essa síndrome, infelizmente não foi contemplado pelos estudos que discutem essa temática. Percebeu-se que o profissional enfermeiro, frente a sua equipe, não visa ações de detecção e intervenções voltadas à síndrome.

Para tanto, se faz necessário uma abordagem de campo para observar e conhecer a rotina desses profissionais. Por conseguinte, existem estudos que trazem pesquisas relacionadas à síndrome de burnout no ambiente hospitalar, considerando a importância de trabalhar a prevenção e o enfrentamento dessa e de outras síndromes que levam esse profissional ao esgotamento físico e mental.

Trabalhar a autoestima desses profissionais, reconhecimento da equipe, oferta de qualificações tanto para fins profissionais ou pessoais, realizar dimensionamento de escala de forma igualitária, realizar rodas de conversas para exposição de pensamentos, orientar em relação aos cuidados pessoais, podem contribuir para amenizar ou extinguir o desenvolvimento da síndrome de burnout.

Por fim, espera-se que esse estudo possa incentivar novas pesquisas em relação à síndrome de burnout, para subsidiar estratégias para a implementação de intervenções de prevenção e manutenção da saúde mental dos profissionais, visando qualidade de vida profissional.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por me fazer chegar até aqui, e mesmo com percalços no caminho não me deixar desistir.

Agradeço aos meus pais que sempre me incentivaram a continuar em busca da minha graduação e realização do meu sonho em se formar nessa área.

Agradeço aos professores que tive o prazer de conhecer ao longo da graduação, e

em especial os preceptores de estágio nas unidades, que foram essenciais para o meu desenvolvimento.

Agradeço minha orientadora Professora Karina, que desde o começo do projeto meu deu todo apoio para que o mesmo seja realizado com sucesso.

REFERÊNCIAS

AMARAL, Juliana Ferri do; RIBEIRO, Juliane Portella; PAIXÃO, Dilmar Xavier da. **Qualidade de Vida no Trabalho dos Profissionais de Enfermagem em Ambiente Hospitalar: uma revisão integrativa**. BVS Saúde, 2015. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-763807>>. Acesso em: 31 mar. 2023.

AMPOS, Larissa Fonseca; VECCHIA, Luiza Paloschi Dalla; TAVARES, Juliana Petri; CAMATTA, Marcio Wagner; MAGNAGO, Tânia Solange Bosi de Souza; PAL, Daiane Dal. **Implicações da Atuação da Enfermagem no Enfrentamento da Covid-19: exaustão emocional e estratégias utilizadas**. Scielo, 2023. Disponível em: <www.scielo.br/fj/ean/a/BYNZGXsm8cB6R7bxHN8WFrw/abstract/?lang=pt>. Acesso em 01 abr. 2023.

BRASIL. **Síndrome de Burnot**. Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/sindrome-de-burnout>>. Acesso em: 05 mai. 2023.

BARÃO, Regiane Cristina; FREITAS, Valdirene Perpétua Leão; MARIANO, Vanessa; BARBOSA, Taís Pagliuoco. **Esgotamento Profissional da Equipe de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva Especializada em Covid-19**. BV Salud, 2022. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1393486>>. Acesso em 21 mai. 2023.

DUTRA, Herica Silva; GOMES, Paola Aparecida Lopes; GARCIA, Roberta Nereu; OLIVEIRA, Henrique Ceretta; FREITAS, Sandra Carvalho; GUIRARDELLO, Edinêis de Brito. **Burnout entre Profissionais de Enfermagem em Hospitais do Brasil**. Scielo, 2019. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v10i1.585>>. Acesso em: 25 abr. 2023.

MOLLER, Gisele; OLIVEIRA, João Lucas Campos de; PAI, Daiane Dal; AZZOLIN, Karina; MAGALHAES, Ana Maria Muller de. **Ambiente de Prática de Enfermagem em Terapia Intensiva e Burnout Profissional**. Scielo, 2021. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/reeusp/a/TYNqv58mstH6Zf6P7Rbkhz/?format=pdf&lang=p>>. Acesso em: 01 mai. 2023.

PAHO. **CID: Burnout é um Fenômeno Ocupacional**. OPAS, 2019. Disponível em: <<https://www.paho.org/en/node/80159>>. Acesso em: 01 jun. 2023.

PASCOAL, Francilene Figueiredo da Silva; EVANGELISTA, Carla Braz; PASCOAL, Kelly Patricia Medeiros Falcão; BATISTA, Jaqueline Brito Vidal; RODRIGUES, Mariana de Souza Dantas; SOUZA, Gabrielle Porfírio. **Síndrome de Burnout: conhecimento da equipe de saúde do trabalhador**. BVS Saúde, 2021. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1151207>>. Acesso em: 21 abr. 2023.

PERNICIOTTI, Patricia; SERRANO JUNIOR, Carlos Vicente; GUARITA, Regina Vidigal; MORALES, Rosana Junqueira; ROMANO, Bellkiss Wilma. **Síndrome de Burnout nos Profissionais de Saúde: atualização sobre definições, fatores de risco e estratégias de prevenção**. BV Salud, 2020. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582020000100005>. Acesso em: 28 abr. 2023.

RIBEIRO, Eulláynne Kassyanne Cardoso; RIBEIRO, Aclênia Maria Nascimento; BALDOINO, Luciana Stanford; FERREIRA, Maria Tamires Alves; BALDOINO, Lorena Stanford. **Conhecimento dos Profissionais de Enfermagem sobre a Síndrome de Burnout**. BVS Saúde, 2019. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1010200>>. Acesso em: 05 mai. 2023.

SANTOS, Katarina Márcia Rodrigues; GALVÃO, Maria Helena Rodrigues; GOMES, Sávio Marcelino; SOUZA, Talita Araujo; MEDEIROS, Arthur de Almeida; BARBOSA, Isabelle Ribeiro. **Depressão e Ansiedade em Profissionais de Enfermagem**. Scielo, 2021. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ean/a/DfmDPNnHcwnVymcDsHDc6hp/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 28 mai. 2023.

SOUZA, Marcela Tavares; SILVA, Michelly Dias; CARVALHO, Rachel. **Revisão integrativa: o que é? Como fazer isso?**. Einstein (São Paulo). 2010;8(1):102-6. Disponível: <<https://doi.org/10.1590/s1679-45082010rw1134>>. Acesso em: 11 jun. 2023.

UNA-SUS. **Organização Mundial de Saúde Declara Pandemia do Novo Coronavírus**. Una Sus, 2020. Disponível em: <<https://www.unasus.gov.br/noticia/organizacao-mundial-de-saude-declara-pandemia-de-coronavirus>>. Acesso em: 01 abr. 2023.

VIDOTTI, Viviane; RIBEIRO, Renata Perfeito; GALDINO, Maria José Quina; MARTINS, Julia Trevisan. **Síndrome de Burnout e o Trabalho em Turnos na Equipe de Enfermagem**. Scielo, 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rlae/a/DBqJMr5g8RLQJ7qdxpfBWjN/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 24 abr. 2023.

BUB: APLICATIVO MÓVEL SOBRE SÍNDROME DE BURNOUT E APOIO AO AUTOCUIDADO

Data de aceite: 01/11/2023

Andressa Carpinelli Figueiredo

Discente Graduação em Enfermagem do
Centro Universitário São Camilo-SP.

Douglas Araujo Torres Sales

Discente Graduação em Enfermagem do
Centro Universitário São Camilo-SP.

Greisy Mirela Huaman Llamocca

Discente Graduação em Enfermagem do
Centro Universitário São Camilo-SP.

Laura Maria Freire Dantas

Discente Graduação em Enfermagem do
Centro Universitário São Camilo-SP.

Rhayssa Santos de Santana

Discente Graduação em Enfermagem do
Centro Universitário São Camilo-SP.

Maria Elisabete Salvador

Orientadora, Docente Curso de
Graduação em Enfermagem do Centro
Universitário São Camilo-SP.

Segundo a Organização Mundial da Saúde, o mundo vive uma onda crescente das síndromes ocupacionais crônicas, com expressivo aumento dos casos de Síndrome de Burnout. Adesão e continuidade ao

tratamento, acesso aos serviços de saúde, e, sobretudo, o autocuidado representam desafios consideráveis para a equipe de saúde. Nesse cenário, a globalização da informação, o avanço das tecnologias móveis em saúde e as estratégias sobre Saúde Digital, descritas pela União Europeia, podem ampliar as possibilidades de atendimento à população por meio do autocuidado. Assim, o presente estudo tem por objetivo criar um protótipo de aplicativo móvel para acolhimento de usuários com diagnóstico de Síndrome de Burnout baseado em telemonitoramento. O processo de desenvolvimento do aplicativo envolveu três etapas: 1. Estudo da literatura sobre a referida síndrome em Bases de Dados Bibliográficas e Internet. 2. Elaboração do aplicativo, que consideraram análises sobre a logomarca e identidade visual; funcionalidades e navegação; *design* instrucional e, programação aberta para tecnologias móveis. As características técnicas foram baseadas no estudo do público-alvo, objetivo e temática do aplicativo. 3.

Validação com especialista em informática em saúde e docente dessa instituição. Fruto da produção de produto tecnológico da Unidade Curricular “Projeto Integrador I”, essa etapa também contou com a apresentação do protótipo para docentes, coordenadores e profissionais de computação dessa instituição. Todos os dados foram tratados a partir da Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais. Como resultado, o aplicativo móvel “BUB: Burnout e autocuidado” contém 30 telas de navegação intuitiva e acolhedora a partir de cores e formas visando conforto e bem-estar; funcionalidades, como cadastro de usuários, orientações, monitoramento para o autocuidado com linguagem clara e objetiva, além de ferramentas para a segurança e privacidade dos dados. A apresentação na instituição obteve excelente retorno dos convidados e todas as considerações foram acatadas. Nessa perspectiva, foi possível finalizar a construção de um protótipo de aplicativo móvel para apoio ao autocuidado de pacientes com Síndrome de Burnout. É essencial e premente promover o uso eficaz, seguro e responsável das tecnologias móveis, viabilizando suporte à equipe multiprofissional de saúde no atendimento à população, promovendo a equidade no acesso aos serviços de saúde. Mais estudos serão necessários para validação técnica e de conteúdo junto ao público-alvo.

PROMOÇÃO DA ESPERANÇA E BEM-ESTAR EM ENFERMEIROS: INTERVENÇÃO ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA

Data de submissão: 05/10/2023

Data de aceite: 01/11/2023

Clara Patrícia Manso

Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica
Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro - Rovisco Pais, Tocha, Portugal

Carlos Laranjeira

Doutor em Ciências de Enfermagem
Professor Coordenador na Escola Superior de Saúde/ *Center for Innovative Care and Health Technology* (ciTechCare),
Politécnico de Leiria, Leiria, Portugal
<https://orcid.org/0000-0003-1080-9535>

RESUMO: A saúde mental dos enfermeiros após a pandemia COVID-19 continua a ser afetada. A esperança, é definida como uma expectativa que modifica favoravelmente as conjecturas subjetivas de futuro. Enquanto recurso, permite encontrar significado no sofrimento, sendo um importante preditor de bem-estar subjetivo e de saúde mental. **Objetivo:** Avaliar o impacto de uma intervenção especializada em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica através da implementação de um programa de promoção da esperança e bem-estar em enfermeiros de uma unidade de

reabilitação. **Método:** Estudo de natureza quantitativa, pré-experimental, com grupo único e avaliação pré e pós intervenção. A colheita de dados decorreu através de um questionário sociodemográfico para caracterização da amostra e aplicação de outros instrumentos de avaliação: Escala de Esperança de Herth-PT, Escala de Bem-estar Psicológico-18 itens, e a Escala de Distresse de Kessler. **Resultados:** Participaram 8 enfermeiros com uma média de 43 anos ($Dp= 7.44$). Após o programa obteve-se diminuição dos níveis de distress ($Z=-2.410$; $p<0.05$). Nas variáveis esperança e bem-estar psicológico não se verificaram diferenças estatisticamente significativas antes e após o programa, apesar de se verificarem variações positivas nos scores finais. **Conclusão:** Este programa corrobora a importância da capacitação dos enfermeiros em aumentar os níveis de bem-estar e esperança, dado que promovem o capital psicológico das equipas, atuando como fatores protetores da saúde mental, prevenindo e minimizando o aparecimento da doença mental nos contextos laborais. Ressalva-se a necessidade de continuidade de estudos futuros, com amostras de maior dimensão, permitindo aferir crescente rigor dos ganhos em saúde obtidos pela

intervenção especializada.

PALAVRAS-CHAVE: Esperança, bem-estar psicológico, enfermeiros, saúde mental, intervenção especializada.

PROMOTING HOPE AND WELL-BEING IN NURSES: SPECIALIZED INTERVENTION IN MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING

ABSTRACT: The mental health of nurses after the COVID-19 pandemic continues to be affected. Hope is defined as an expectation that favorably modifies subjective conjectures of the future. As a resource, it allows finding meaning in suffering, being an important predictor of subjective well-being and mental health. **Objective:** To evaluate the impact of a specialized intervention in Mental Health and Psychiatric Nursing through the implementation of a program to promote hope and well-being in nurses of a rehabilitation unit. **Method:** This is a quantitative, pre-experimental study with a single group and pre/post-intervention. Data collection was carried out through a sociodemographic questionnaire to characterize the sample and apply other assessment instruments: Hert Hope Scale-PT, Psychological Well-being Scale-18 items, and Kessler Distress Scale. **Results:** Eight nurses participated, with an average of 43 years old (SD= 7.44). After the program, there was a decrease in distress levels ($Z=-2.410$; $p<0.05$). In the hope and psychological well-being variables, there were no statistically significant differences before and after the program, despite positive variations in the final scores. **Conclusion:** This program corroborates the importance of training nurses to increase levels of well-being and hope, since they promote the psychological capital of the teams, acting as protective factors of mental health, preventing and minimizing the onset of mental illness in work contexts. It is important to highlight the need for continued future studies, with larger samples, allowing for an increasingly accurate assessment of the health gains obtained by specialized intervention.

KEYWORDS: Hope, psychological well-being, nurses, mental health, specialized intervention.

1 | INTRODUÇÃO

A pandemia por COVID-19 originou um impacto sem precedentes na saúde mental e bem-estar dos trabalhadores dos serviços de saúde, sobretudo dos que se mantiveram na primeira linha do atendimento (SØVOLD et al., 2021). As diversas alterações da saúde mental identificadas, traduziram-se em ansiedade, depressão, insônia, distresse, medo, alterações na percepção da autoeficácia e alterações da socialização (HANNEMANN ID et al., 2022), bem como fenômenos laborais de *burnout*, stresse pós-traumático e sofrimento moral (SØVOLD et al., 2021). No decorrer da pandemia COVID-19, níveis mais baixos de esperança foram identificados como um fator de risco para pior saúde mental nos profissionais de saúde.

Da literatura atual continua a verificar-se um aumento dos problemas de saúde mental, em contexto laboral, particularmente depressão, ansiedade e *burnout*, agravados pela sobrecarga de trabalho e desvalorização profissional (LUCAS; MERÊNCIO;

RAMALHO, 2022).

As capacidades e atitudes individuais, tais como: o autoconhecimento, a autoestima e o autocontrole, as relações interpessoais, as competências comunicacionais e estratégias de *coping*, têm demonstrado promover a saúde mental e ajudar as pessoas a exercer mais controle sobre sua vida e sobre o ambiente em que vivem (REGULAMENTO n.º 356/2015 de 25 de junho). Na proximidade do anteriormente referido, converge o conceito de capital psicológico (YUAN et al., 2023). Este conceito engloba quatro componentes que se combinam de modo sinérgico: autoeficácia, otimismo, resiliência e esperança. Dada a temática do estudo focaliza-se a atenção no construto esperança. A esperança designa um conceito multifacetado e dinâmico, essencial para o funcionamento pessoal, profissional, familiar e social do indivíduo (LARANJEIRA; QUERIDO, 2022). Segundo vários autores, entre os quais Dufault e Martocchio, a esperança engloba 6 dimensões: afetiva, cognitiva, comportamental, afiliativa, temporal e contextual (LARANJEIRA; QUERIDO, 2022).

O nível de esperança da pessoa advém das características inatas da personalidade sendo variável com fatores fisiológicos (hormonas de stresse, mediadores imunitários e neurotransmissores), bem como fatores psicossociais (LARANJEIRA; QUERIDO, 2022). Dentro destes últimos são de referir aspetos como recompensa, carga de trabalho, condições de trabalho, relações interpessoais e estilo de gestão (HU et al., 2022).

Da literatura recente, os enfermeiros mencionam que a esperança é importante face a ambientes de incerteza, a nível profissional, pessoal, entre outros (HU et al., 2022). Um alto nível de esperança ajuda os enfermeiros a lidar adequadamente com a angústia psicológica e dificuldades no trabalho, de forma mais positiva, podendo motivar o desenvolvimento profissional (HU et al., 2022). Enquanto recurso, permite encontrar significado no sofrimento, sendo um importante preditor de bem-estar subjetivo e de saúde mental, permitindo regular sintomas de ansiedade e depressão (SENGER, 2023). Contudo, são ainda escassos os estudos a abordar a temática da esperança nestes profissionais e respetivo impacto no seu bem-estar.

A promoção da esperança enquanto foco de enfermagem é imperativa na prática do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (EEESMP), no sentido de assistir e apoiar os profissionais de saúde no uso de estratégias de esperança na capacitação para a gestão da complexidade dos problemas mentais (LARANJEIRA; QUERIDO, 2022).

A “esperança” define-se como “emoção: sentimento de ter possibilidades, confiança nos outros e no futuro, entusiasmo pela vida, expressão de razões de viver e desejo de viver, paz interior, otimismo; associado ao traçar de objetivos e mobilização de energia” (ICN, 2019). O “distresse” é definido de emoção negativa: sentimentos de dor intensa e forte, angústia e aflição (ICN, 2019). O “Bem-estar”, apesar de não constituir um foco CIPE®, pode definir-se como um estado de conforto físico, psicoespiritual, sociocultural e ambiental de uma pessoa; ou seja, um resultado, da Classificação dos Resultados de Enfermagem

(NOC) que se pretende atingir com os cuidados de enfermagem na manutenção do estado de conforto.

Neste âmbito, pretende-se analisar o impacto de um programa promotor de esperança e bem-estar psicológico, em enfermeiros de uma unidade de reabilitação especializada, de uma instituição da zona centro de Portugal.

2 | METODOLOGIA

Design e participantes

Estudo de natureza quantitativa, pré-experimental, com grupo único e avaliação pré e pós-intervenção. Amostra intencional, de base institucional, composta por 8 enfermeiros de uma unidade de reabilitação da região centro de Portugal. A opção do grupo advém do facto de se tratar de uma população vulnerável ao desgaste físico e psicológico associado aos cuidados à pessoa em processo de reabilitação, habitualmente internados por períodos longos de tratamento. Foram definidos critérios de inclusão: todos os enfermeiros dessa equipa que se encontrem a desenvolver a sua atividade laboral no período em que decorreu o programa. Foram excluídos todos os enfermeiros ausentes do serviço por baixa médica/férias, somente com funções de gestão, ou que recusem participar aquando da implementação do programa.

Procedimentos

A periodicidade do programa foi quinzenal, sendo o grupo fechado à entrada de novos elementos o que facilitou a coesão grupal e o ambiente de partilha. O programa de intervenção foi constituído por 3 sessões presenciais, de 45-60 minutos cada. Utilizou-se a sequência cognitivo-comportamental, com aproximação aos princípios da intervenção psicoeducacional. O programa desenvolvido incidu nas vertentes educativa e de suporte (AMARAL; ALMEIDA; SOUSA, 2020). A vertente educativa visou, especificamente: promover informações sobre as ameaças e os recursos de esperança; alertar para o risco de comprometimento do BEP/ ocorrência de distresse; reforçar a importância de melhorar os níveis de esperança e bem-estar no contexto pessoal e laboral; e, ensinar sobre estratégias de promoção de esperança e bem-estar. A vertente de suporte visou facilitar a verbalização e gestão de emoções dos enfermeiros associados pensamentos negativos e ruminantes. Assim, as sessões basearam-se na dimensão cognitivo/temporal da esperança, com recurso a estratégias promotoras de esperança; incluindo igualmente uma vertente prática de *mindfulness (body scan)*. A atitude “*mindful*”, essencial para o bem-estar, relaciona-se com os pensamentos e emoções, facilitando o indivíduo compreender a experiência de aceitação e compaixão, ao invés da evitação, controle ou supressão.

Instrumentos

A colheita de dados no programa efetuou-se através de um questionário sociodemográfico, para caracterização da amostra; da Escala de Distresse Psicológico de Kessler (K10), com validação portuguesa por Pereira et al., (2019); Escala de Bem-Estar Psicológico (BEP-18 itens), validada por Novo (2006); Escala de Esperança *Herth* (HHI) com validação portuguesa por Marques et al. (2016).

A escala K10 é uma escala de autorrelato, composta por 10 itens, de resposta tipo *likert* (varia de 1= nenhum das vezes e 5= todo o tempo) cuja pontuação final varia de 10 a 50 pontos. Pontuações de “10 a 15” pontos significam “distresse baixo”, “16 a 21” pontos distresse moderado, “22 a 29” distresse elevado e “30 a 50” pontos “muito alto”. A BEP-18 itens, é uma escala de autorrelato, composta por 18 questões, com resposta tipo *likert* de 6 pontos (1= discordo completamente a 6= concordo completamente) composta por 6 domínios/subescalas (autonomia, domínio do meio, crescimento pessoal; relações positivas; objetivos de vida; aceitação de si), tendo 10 itens retroversos. A HHI, é de autorrelato, apresenta 12 itens, que abordam as três dimensões afiliativa/ afetiva, cognitiva/ comportamental e temporal/ contextual da esperança, respeitantes ao fator 1, fator 2 e fator 3, respetivamente.

Procedimentos ético-formais

De modo a preservar a confidencialidade e a privacidade dos participantes e dos dados obtidos, as informações encontram-se na posse exclusiva do investigador, sendo usadas apenas no contexto de estudo. Foi obtido junto de cada participante o consentimento informado, escrito. Obteve-se parecer favorável emitido pela Comissão de Ética da instituição a 17/11/2022 para implementação do programa.

Tratamento dos dados

Para a análise dos dados utilizou-se o *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 28. A primeira fase consistiu na análise estatística descritiva onde é apresentado um resumo do conjunto de dados, visando a caracterização e/ou descrição da amostra e das variáveis em estudo. Numa segunda fase, contemplou a estatística inferencial, através de testes não-paramétricos dada a falta de normalidade na distribuição das variáveis (MARÔCO, 2021).

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra compreende três profissionais do sexo masculino e cinco do sexo feminino, com idades entre os 34 e 55 anos, sendo a média de idades de 43 anos ($Dp=7.44$). A maioria destes (cinco) trabalham entre 21 e 30 anos (62.5%), dos restantes um trabalha entre 5 e 10 anos e dois trabalham entre 11 e 20 anos. Todos apresentam vínculo

laboral na modalidade de tempo indeterminado. A maioria são enfermeiros generalistas (n=6). Apenas um dos profissionais refere não ter *hobbies*.

No que se refere ao distresse, após o programa obteve-se uma média global de 16.88 (Dp=3.09), verificando-se diferenças estatisticamente significativas entre o momento pré e pós-intervenção (Z=-2.410; p<0.05) com uma diminuição dos níveis de distresse na segunda avaliação.

Na HHI a média do score global pós-intervenção (M=40.75; Dp=2.315) foi semelhante à inicial (M=40.50; Dp=3.505), não existindo diferenças estatisticamente significativas da esperança, antes e após o programa.

Considerando os fatores 1, 2 e 3 da HHI, verificou-se um ligeiro aumento no fator 1 (M=13.5; Dp=1.77) e fator 2 (M=13.87; Dp=0.99), contrariamente ao fator 3 (M=13.37; Dp=0.74) no qual se verificou uma diminuição em relação à avaliação inicial.

No que se refere ao score global de BEP-18, pós-intervenção obteve-se uma média de 89.13 (Dp=9.819), valor superior face à avaliação inicial, mas sem significado estatístico.

Na maioria das subescalas da BEP-18 houve um aumento do valor médio, mais acentuado na dimensão crescimento pessoal (13.50 vs 16.25), seguido do domínio do meio (13.13 vs 14.38), aceitação de si (14.63 vs 15.88), objetivos de vida (15.00 vs 15.50), e, por fim, o domínio das relações positivas (14.00 vs 14.13). No domínio autonomia houve uma diminuição do valor médio (13.13 vs 13.00), o que remete para a necessidade deste tema ter maior destaque em projetos futuros. Do teste de *Wilcoxon*, apenas se verificou diferença estatisticamente significativa na dimensão crescimento pessoal (Z=-2.043, p<0.05).

Na sua globalidade os dados obtidos, revelaram uma diminuição dos níveis de distresse e uma melhoria do BEP, os quais se traduziram em ganhos na saúde mental dos participantes.

Este programa corrobora a importância de que a promoção da saúde mental dos profissionais de saúde, deve continuar a ser uma prioridade nas instituições de saúde para prevenir e minimizar o aparecimento da doença mental (ex. depressão, ansiedade e *burnout*). A pertinência da implementação de programas de saúde mental e bem-estar, recorrendo a práticas *low-cost* como o *mindfulness*, promovem ganhos na saúde mental (LUCAS et al., 2022). Paralelamente, a capacitação dos enfermeiros com foco na esperança, promove o capital psicológico das equipas, atuando como fator protetor da saúde mental. Sugere-se a implementação futura de programas similares na área da saúde mental, integrando os planos formativos institucionais por forma a criar organizações amigas da saúde mental, capacitando na utilização de estratégias de coping positivas em momentos desafiantes, de incerteza. A nível de investigação, seria importante realizar outros estudos experimentais e quasi-experimentais, com amostras de maior dimensão, para aferir maior rigor sobre os ganhos obtidos em saúde mental com a intervenção especializada. Ainda como sugestão futura no campo de investigação, seria interessante avaliar o impacto da implementação de um programa promotor de esperança e bem-estar, nas pessoas internadas, em processo

de reabilitação. No âmbito da educação, é crucial a introdução de competências de desenvolvimento intra e interpessoal na formação inicial dos estudantes de enfermagem, visando reforçar este importante constructo psicológico.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados foram partilhados com a equipa, percebendo que o seu envolvimento é um fator preponderante para a mudança [implícita nos processos de melhoria da qualidade], o pode contribuir para o crescimento da cultura organizacional. Foi proposto estender este programa à restante equipa multidisciplinar, no contexto integral da formação em serviço. Como limitações do programa, são de reportar o reduzido tamanho da amostra, limitando a comparabilidade e ganhos em saúde; bem como a ocorrência da maioria das sessões no curto tempo disponível da jornada de trabalho em enfermaria, limitando o tempo e disponibilidade na realização das mesmas.

Converge a pertinência de continuar a implementar programas de promoção da saúde mental, particularmente importantes nos enfermeiros, população vulnerável, pela profissão de risco e de elevado desgaste físico e mental, visando a melhoria do seu bem-estar psicológico e facilitando as vivências em momentos desafiantes.

REFERÊNCIAS

AMARAL, A. C.; ALMEIDA, E.; SOUSA, L. Intervenção Psicoeducacional. Em: **Enfermagem em Saúde Mental- Diagnósticos e Intervenções**. 1ª ed. Lidel, 2020. p. 174–176.

HANNEMANN ID, J. et al. The impact of the COVID-19 pandemic on the mental health of medical staff considering the interplay of pandemic burden and psychosocial resources-A rapid systematic review. 2022.

HU, H. et al. Nurses' turnover intention, hope and career identity: the mediating role of job satisfaction. **BMC Nursing**, v. 21, n. 1, p. 43, 10 dez. 2022.

ICNP Browser | ICN - International Council of Nurses. Disponível em: <<https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser>>. Acesso em: 17 fev. 2022.

LARANJEIRA, C.; QUERIDO, A. Hope and Optimism as an Opportunity to Improve the "Positive Mental Health" Demand. **Frontiers in Psychology**, v. 13, 24 fev. 2022.

LUCAS, I.; MERÊNCIO, K.; RAMALHO, F. Bem-estar, Saúde Mental e a Enfermagem do Trabalho: uma revisão da Literatura. **Revista Portuguesa de Saúde Ocupacional**, v. 14, p. 1–19, 31 dez. 2022.

MARÔCO, J. (2021). **Análise Estatística com o SPSS Statistics** (8.a ed.). Edições Report Number.

MARQUES, R. M. D., DIXE, N. dos A., & QUERIDO, A. I. (2016). Herth Hope Index Para Cuidadores de Pessoas em Cuidados Paliativos-Versão Portuguesa. **CuidArte, Enfermagem**, 10, 89–95.

NOVO, R., Neto, D., MARCELINO, A., & SANTO, H. (2006). Estudo de validação de medidas de BEP em amostras com e sem patologia identificada. XI **Conferência Internacional de Avaliação Psicológica: Formas e Contextos**. Braga, Portugal.

PEREIRA, A. et al. Reliability and Factor Structure of the 10-item Kessler Psychological Distress Scale (K10) among Portuguese adults. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 3, p. 729–736, mar. 2019.

REGULAMENTO n.º 356/2015- Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental. **Diário da República**, II série n.º 122, 17034-17041.

SENGER, A. R. Hope's relationship with resilience and mental health during the COVID-19 pandemic. **Current Opinion in Psychology**. Elsevier B.V., 1 abr. 2023.

SØVOLD, L. E. et al. Prioritizing the Mental Health and Well-Being of Healthcare Workers: An Urgent Global Public Health Priority. **Frontiers in Public Health**, v. 9, 7 maio 2021.

YUAN, Z. et al. Levels of psychological capital among nurses: A systematic review and meta-analysis. **International Nursing Review**, v. 70, n. 1, p. 89–96, 7 mar. 2023.

REFORMA PSIQUIÁTRICA: CAMINHOS E DESAFIOS NO CUIDADO DA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Data de aceite: 01/11/2023

Juliana Pessoa Costa

RESUMO: As mudanças que vem ocorrendo nas políticas de saúde mental (SM) proporcionam contínuos desafios na solidificação da Reforma Psiquiátrica (RP) e suas mudanças mostram um grande retrocesso na produção do cuidado e na consolidação de novas portarias que surgem na contramão do que foi preconizado e construído ao longo do tempo. Esta pesquisa objetivou analisar as percepções dos profissionais da saúde mental sobre os desafios da Reforma Psiquiátrica (RP) na conjuntura atual. Participaram da pesquisa 10 profissionais de saúde que atuavam no Centro de Atenção Psicossocial (Caps) e Centro de Atenção Psicossocial (Caps AD), da cidade de Fortaleza- CE. Foram realizadas entrevista semiestruturada com os participantes e os conteúdos apreendidos foram analisados por meio da Análise de Conteúdo de Bardin. Os resultados evidenciaram que os participantes evocam o desejo de mudança no que se refere ao cuidado do sujeito com transtorno mental. Demonstraram também o interesse em lutar pela eliminação dos manicômios e

questionam a relação paradoxal entre a atenção psicossocial e o serviço hospitalar psiquiátrico.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde mental. Serviços de saúde mental. Política de saúde.

PSYCHIATRIC REFORM: PATHWAYS AND CHALLENGES IN PSYCHOSOCIAL CARE

ABSTRACT : As the intense changes that have been accompanying the Brazilian public policy of Mental Health (SM) offer continuous challenges in the solidification of the Psychiatric Reform (PR) and its changes, showing a great setback in the production of care and in the consolidation of new ordinances that arise against what was advocated and built over time. This research aimed to analyze the perceptions of mental health professionals about the challenges of psychiatric reform (PR) in the current situation. Participated in the research 10 health professionals who worked at the Psychosocial Care Center (Caps) and Psychosocial Care Center (Caps AD), in the city of Fortaleza-CE. Semi-structured interviews were collected with the participants and the learned contents were

formed through Bardin's Content Analysis. The results showed that the participants evoke the desire for change with regard to the care of the subject with mental disorder. They also showed an interest in fighting for the elimination of asylums and questioned the paradoxical relationship between psychosocial care and psychiatric hospital service.

KEYWORDS: Mental health. Mental health services. Health policy.

1 | INTRODUÇÃO

Encontramos diversas mudanças que proporcionam grandes desafios na solidificação das políticas públicas de saúde mental (SM), como podemos analisar o contexto atual da Reforma Psiquiátrica (RP) e suas mudanças que mostram um grande retrocesso na produção do cuidado e na consolidação de novas portarias que surgem na contramão do que foi preconizado e construído ao longo do tempo. Segundo Amarante (2003) as transformações têm como seu principal objetivo garantir a perpetuação do modelo manicomial, transfigurando as novas formas de cuidado e potencializando o hospital psiquiátrico e a comunidade terapêutica.

Com isso, é imprescindível observar que o Sistema Único de Saúde (SUS) e a RP passam por transformações. Na saúde mental, a Comissão Intergestores Tripartite aprovou a resolução em dezembro de 2017 que resgata o modelo manicomial e o processo de desmontagem da luta política construída ao longo de décadas no âmbito da RP brasileira. Notadamente, após longos anos de luta pela implantação da Reforma Psiquiátrica, acompanhamos a divulgação da nota técnica nº 11/2019, intitulada como “Nova Saúde Mental”, que foi elaborada pela Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Esse documento é visto como uma forma de retrocesso nas conquistas estabelecidas pela lei da Reforma Psiquiátrica (Lei nº 10.216 de 2001). Em 2011, impulsionada pela institucionalização do formato organizativo das Redes de Atenção à Saúde (RAS), a assistência em saúde mental no Sistema Único de Saúde (SUS) passou a ser configurada em Rede de Atenção Psicossocial (Raps) com a promulgação da Portaria nº 3.080/2011 (BRASIL, 2017).

A Raps se organiza em sete componentes – Atenção Básica, Atenção Psicossocial Estratégica, Atenção Hospitalar, Atenção à Urgência e Emergência, Atenção Residencial Transitória, Estratégias de Desinstitucionalização e Reabilitação Psicossocial –, nos quais estão dispostos serviços como as Unidades de Saúde da Família (USF), os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf), os Centros de Atenção Psicossocial (Caps), os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), os leitos hospitalares de atenção integral e outros (ALBUQUERQUE E VIANA, 2015). Dessa forma, Rocha et.al. (2021) define as RAS como: Arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado. Deste modo, é necessário debater sobre as formas de cuidado em SM, tendo como desafio central garantir que pessoas com transtornos

mentais possam ser cuidadas de maneira integral e de forma resolutiva na Raps.

Com efeito, urge se discutir a produção do cuidado em saúde mental, e suas mudanças recentes no campo da prática e de suas políticas públicas, acerca da forma que elas estão estruturadas, da finalidade a que se prestam e do alcance dimensional de suas ações. Diante desse cenário, o objeto deste estudo mostra-se relevante para analisar as percepções dos profissionais da saúde mental sobre os desafios da Reforma Psiquiátrica (RP) na conjuntura atual, questionando-se sobre quais pensamentos, opiniões, crenças, estereótipos, atitudes e (pre)conceitos que os grupos de profissionais de saúde mental possuem sobre a Reforma Psiquiátrica.

2 | MÉTODO

Optou-se pela abordagem qualitativa, que busca entender o universo de significados, valores e crenças, os quais não podem ser quantificados, e onde as relações entre os indivíduos não podem ser reduzidas à operacionalização de variáveis (MINAYO, 2008).

O lócus da investigação foi a rede de saúde mental da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) na cidade de Fortaleza, capital do Estado do Ceará, precisamente a Raps da Secretaria Executiva Regional V (SER V), que comporta a seguinte configuração de rede: Atenção Primária à Saúde (Uaps), Centro de Atenção Psicossocial (Caps) e *Serviço Residencial Terapêutico (SRT)*. Os participantes da pesquisa foram constituídos por 10 profissionais da atenção psicossocial. Para a análise dos resultados, foram utilizados os discursos de psiquiatras, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, farmacêuticos e terapeutas ocupacionais. Como critérios de inclusão dos participantes, definiu-se: profissionais de saúde com nível superior atuantes na Raps há, pelo menos, um ano. Foram excluídos da pesquisa os profissionais que estavam de férias ou licença no período de coleta das informações. Esses profissionais foram abordados no serviço ao qual estavam vinculados, respondendo à entrevista semiestruturada, com temas relacionados à Reforma Psiquiátrica e seus desdobramentos, cuidado em saúde mental, Rede de Atenção Psicossocial (Raps) e a Nota Técnica 11/ 2019. As entrevistas foram gravadas com permissão dos participantes e tiveram duração média de 30 minutos. Os dados foram coletados no período de fevereiro a maio de 2015.

Antes da realização do trabalho de campo, o estudo foi submetido à análise do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) da Universidade Estadual do Ceará (UECE), recebendo parecer favorável sob nº 681.467. Os sujeitos tiveram acesso ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, o qual assinaram, autorizando sua participação na pesquisa, conforme as recomendações do Conselho Nacional de Saúde. Em síntese, os preceitos éticos foram respeitados, em consonância com o que determina a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, referente à pesquisa com seres humanos (Brasil, 2013).

Para organização das informações, os conteúdos apreendidos foram analisados por meio da Análise de Conteúdo de Bardin (2009) para a melhor compreensão da subjetividade dos participantes. Seguiram-se três etapas estabelecidas por Bardin (2009): pré-análise, exploração do material tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

Para organizar os resultados, a análise do conteúdo foi dividida em duas categorias: “Desafios da Reforma Psiquiátrica: contexto sócio-histórico e desinstitucionalização” e “cuidado em saúde mental: a percepção do profissional”.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Desafios da Reforma Psiquiátrica: contexto sócio-histórico e desinstitucionalização

O movimento a favor da saúde mental ganhou força no decorrer da participação dos agentes sociais que se apropriaram do espaço que antes era somente do corpo técnico da saúde mental, mostrando que essas conquistas foram concretizadas com a participação em debates, encontros e ações por uma sociedade menos excludente. Sousa (2017) relata que, no decorrer das lutas por modificações na saúde mental, os profissionais uniram-se com ideias de mudanças, reorganizando-se a reflexão da noção de loucura, do que é o padrão de normalidade e a construção do patológico. Essa discussão deixa a possibilidade de ressignificação social da loucura, sobretudo, apresenta os desafios das práticas assistenciais no campo da atenção psicossocial. Amarante (2018) esclarece que o Movimento da Luta Antimanicomial proporciona a ampliação de debates no contexto da práxis dos trabalhadores de S.M, é no dia 18 de Maio que se abre debates com o punho crítico sobre a violência institucional da psiquiatria e a exclusão das pessoas em sofrimento psíquico.

Compreende-se assim, que o movimento da Reforma Psiquiátrica apresenta um empoderamento no discurso dos profissionais e na sua prática ao longo do tempo, sendo visto, que as relações de poder do Estado e de suas novas Normas Técnicas trarão a modificação da práxis e da produção do cuidado em S.M. Os profissionais entrevistados afirmam a importância da Reforma Psiquiátrica no cuidado em saúde mental, conforme expressam a seguir:

Para mim, a Reforma Psiquiátrica veio acabar com os depósitos humanos, teve muitos médicos psiquiátricos contra a reforma, porque eles ganhavam dinheiro, os hospitais psiquiátricos como centralizador do cuidado é o extermínio da subjetividade do sujeito, eu vejo o hospital ainda como uma visão de lucro e acredito que nossos governantes não têm uma visão de ampliar a atenção psicossocial (Terapeuta Ocupacional, Caps AD).

Eu vejo a Reforma como um movimento criado pra modificar as formas de tratar os pacientes psiquiátricos olhando esses indivíduos em sua totalidade e não apenas o distúrbio mental (Enfermeira, Caps geral).

As verbalizações referentes a trajetória da Reforma Psiquiátrica aparecem como consenso na fala dos entrevistados, sendo compreendida como reflexão de um modelo que é gerador de um poder centrado no cuidado hospitalar, potencializado por novas mudanças ocorridas Normas Técnicas. Para Foucault (2014), o poder das instituições, no decorrer dos anos, proporcionou o controle dos comportamentos da sociedade afixando uma norma de comportamento “normal” e a noção de anormalidade para emoldurar os desviantes do modelo e adequá-los ao padrão ou excluí-los nas instituições de controle e correção. Para Paulo Amarante (2019) a RF deve que ser discutida e avaliada junto a nova nota técnica se apresenta como uma reflexão ampliada onde a política de saúde mental é apreendida por um conjunto de ações forjadas em contextos plurais, apresenta um momento amplo de debate com a práxis profissional e demais atores sociais.

Diante desse contexto, as lutas por mudanças no cuidado em saúde e a implantação da Rede de Atenção Psicossocial (Raps) vem passando por momentos de desamparo governamental. O olhar do Estado volta-se para as formas de cuidado manicomial sendo gerador de um contexto modificador das práticas de cuidado. Dessa forma, é notório o desmonte que o SUS e a RP vem sofrendo como alvo de mudanças radicais e de importantes retrocessos. No campo da saúde mental, a Comissão Intergestores Tripartite aprovou a resolução em dezembro de 2017 que praticamente resgata o modelo manicomial e dá início a um processo de desmontagem de todo o processo construído ao longo de décadas no âmbito da RP brasileira (CIT, 2017).

Diante das repercussões e possíveis mudanças nas formas de cuidado em saúde mental, a proposta do processo de desinstitucionalização é pensada como a quebra do olhar centralizador do manicômio e de suas práticas institucionais, perspectiva que fundamenta o movimento da Reforma Psiquiátrica e a política, conforme os depoimentos:

A desinstitucionalização deve acabar com os manicômios, aprisionamento e exclusão dessas pessoas, na prática a desinstitucionalização não existe, as pessoas são jogadas nas Residências Terapêuticas (RT) e nas Comunidades Terapêuticas (CT) não acredito que a saúde mental melhore nesse país, estou achando que o modelo manicomial vem com força, pois os serviços públicos estão sucateados e os privados estão começando a surgir (Assistente Social, Caps AD).

Na desinstitucionalização, a atenção em saúde mental deve ser feita por meio comunitário, por meio de equipe profissional, através de territorialização, uma rede de cuidados que o paciente tivesse autonomia, interação social, quebra de paradigmas, tirar o estigma das pessoas que tem doença mental e, também, de extinguir o modelo manicomial, de exclusão e com internações prolongadas (Psiquiatra, Caps geral).

Desse modo, a desinstitucionalização não deve está restrita apenas a novos serviços substitutivos comunitários, e sim possibilitar novas formas de cuidado, como sugere a Reforma Psiquiátrica, as transformações não estão apenas nas invalidações dos muros e no poder das instituições, deve-se repensar nas mudanças atitudinais dos profissionais de

saúde e permitir meios de proporcionar a reinserção social. Para Muniz, Tavares, Abrahão, Souza (2015) trocar os muros físicos do hospício não é satisfatório, e reformular a política não adiantaria, se isso não vier seguido de uma quebra no modo de apreender, cuidar e agir perante o cuidado em saúde mental.

A desconstrução dos manicômios físicos e simbólicos só serão possíveis quando houver reconstrução das relações sociais que potencialize a reabilitação psicossocial de forma efetiva. O 'manicômio' pode ser observado nas práticas do cuidado em saúde mental. Medicalizar, segregar, classificar e realizar o exercício do biopoder nas práticas profissionais trazem os desafios para a desinstitucionalização do indivíduo com transtornos mentais. Para Kinker (2017), desinstitucionalizar surge da necessidade de se produzir uma ruptura epistemológica na forma de lidar com a experiência do sofrimento e do poder das instituições totais, entendendo que a consternação vivida por usuários não pode ser silenciada. Ferreira; Sampaio, et. al (2017) acreditam que o processo de desinstitucionalização tem os serviços substitutivos como ferramenta para efetivar mudanças, mas para que ocorra a efetivação, novas formas de cuidado em saúde mental devem surgir para além de seus muros institucionais, permitindo que o indivíduo viva a cidade, sem o estigma de pertencer à uma instituição, e possa reconstruir a sua identidade social e traçar projetos de vida mais amplos, e não só vivenciar e reproduzir o sofrimento psíquico.

Cuidado em saúde mental: a percepção do profissional

O cuidado em saúde mental ganha força com o surgimento do processo de desinstitucionalização que propõe novos olhares nas práticas em saúde, proporcionando novas formas de produção de cuidado, rompendo com os modelos hospitalocêntrico e biomédico que ainda tormenta a atual conjuntura política na saúde mental (BARBOSA et. al., 2016). Desse modo, Amarante (2003) refere que a produção do cuidado ganha um novo formato com o surgimento da Reforma Psiquiátrica, a qual se configura como um processo social intrincado, que constitui mudanças significativas nas formas de cuidado em saúde mental e no contexto sociocultural, bem como mudanças nos aspectos jurídicos, proporcionando conquistas de direitos de pessoas com transtornos mentais, e implantação das tecnologias leves de forma efetiva. Diante de diversas mudanças ocorridas na conjuntura atual, Amarante (2019) explica que é difícil falar de desinstitucionalização, tecnologia leves em saúde mental e Raps quando se é propagado a defesa da eletroconvulsoterapia (ECT), sem a discussão de sua prática violenta e punitiva. Desinstitucionalizar é promover reinserção social, é também impedir reinternações repetidas e proporcionar serviços que favoreçam sua reintegração no seu território.

Portanto, Kinker (2017) afirma que o Caps como dispositivo que surgiu com a Reforma Psiquiátrica, apresenta uma forte configuração simbólica no cuidado em saúde mental, possibilitando a constituição de novas práticas, amparadas a partir do empenho, do compromisso e da responsabilização. Essas práticas pressupõem que cuidar da saúde

de uma pessoa é mais do que construir ou impor algo sobre ela, é torná-lo autônomo do seu próprio cuidado.

A equipe multiprofissional apresenta o Caps e a Raps como representação do cuidado em saúde mental, pois é na rede de saúde que os profissionais acreditam que possam ocorrer as mudanças necessárias para novas perspectivas na produção de novas práticas na atenção psicossocial. Entretanto, podem ser observados aspectos que precisam ser melhorados no Caps para que haja condições de um cuidado em saúde como preconiza a política. Segue os relatos dos profissionais abaixo:

Temos um Caps para uma regional muito ampla, você fica esmagado por uma demanda imensa que você não consegue fazer muita coisa, equipe insuficiente e muita rotatividade. Trazendo para o nosso Caps aqui, a gente faz uma tentativa de reforma, tenta realizar um cuidado diferente e humanizado (Enfermeira, Caps geral).

As pessoas que assumiram a gestão estão fora da realidade, a saúde mental está desassistida. O paciente não só precisa de medicamento, eles precisam de terapia ocupacional, psicólogo, psiquiatra, eles precisam de terapias, grupos. Enfim, a pessoa chega aqui não tem profissional pra atender a demanda. Os usuários estão sofrendo com o sucateamento, o governo não prioriza a saúde mental (Psicóloga, Caps geral).

No campo empírico, está evidente que a fragilidade no cuidado em saúde e a falta de resolubilidade da assistência, estão associadas a entraves como: precariedade do serviço, o número reduzido de Caps por regional, Raps fragilizada e falta de profissionais. Uma equipe multiprofissional incompleta revela a crise da situação de trabalho atual na saúde. Pode-se relacionar a dificuldade em manter completa a equipe de saúde mental, pela precariedade dos equipamentos existentes, da inadequação do espaço físico e dos materiais. Sousa (2017) acrescenta que os baixos salários, a falta de apoio dos gestores, o insuficiente reconhecimento social, o débil desenvolvimento da carreira, as diversas formas de contratos (sobretudo os informais), contribuem para a fragilidade de vínculos com o serviço e a alta rotatividade de profissionais.

Desse modo, para que se realize melhorias necessárias, deve-se repensar nas formas de contratações dos profissionais de nível superior. É notório que a seleção pública e a falta de direitos trabalhistas prejudicam a construção do vínculo com o serviço: equipes incompletas e rotatividade profissional é a realidade vivida na atenção psicossocial.

Em meio a esse cenário, os profissionais relatam que a figura do médico dentro da equipe multiprofissional ainda é reconhecida como hegemônica. Sob essa perspectiva, o papel do médico no cuidado em saúde mental não se distingue muito de suas funções realizadas em décadas passadas, pois eles continuam sendo os únicos responsáveis em diagnosticar, medicalizar, identificar os problemas de saúde, tendo total poder sobre o itinerário do cuidado em saúde mental, sendo observado pelos depoimentos:

O cuidado em saúde mental ainda é centralizado na figura do médico, se o médico faltar as pessoas acham que o serviço não funciona. Está faltando

médico, só aparece isso na mídia. As pessoas não valorizam o psicólogo, o T.O. e o assistente social (Assistente Social, Caps AD).

A figura e o poder do médico na construção do diagnóstico psiquiátrico têm impacto na construção da história de vida do indivíduo, isso é algo muito sério, pois pode ter aspectos positivos ou negativos nas suas relações sociais, laborais etc., o cuidado em diagnosticar deve ser reformulado. No DSM V todos teremos algum sintoma e necessitaríamos de acompanhamento psiquiátrico. A produção em massa do mercado farmacológico e o número de patologias quem vêm surgindo só mostra a valorização da figura central do médico nos serviços de saúde. Com toda a luta que temos, a medicalização é a terapêutica mais visada, onde a psicoterapia e os grupos terapêuticos são algo que não tem tanto valor no serviço. O Caps ainda tem uma visão ambulatorial, podemos observar isso nos retrocessos que estamos vivendo na política da saúde mental (Psicóloga, Caps geral).

Nas falas dos profissionais percebe-se que o poder da figura do médico ainda é bem frequente dentro do serviço de saúde, ressaltando que o diagnóstico psiquiátrico no tratamento em saúde mental ainda é determinante. Sem o diagnóstico, o indivíduo terá dificuldades em ser acompanhado pelo serviço. Para Barrantes, Violante, Graça, Amorim (2017), o médico psiquiatra torna-se o único profissional responsável em construir um diagnóstico, que é compreendido como um sistema classificatório, que identifica a doença mental a partir de categorias e catálogos psicopatológicos. As pessoas diagnosticadas, passam a ser classificadas em grupos que as diferenciam das demais, lidando com estigmas.

Coutinho (2005) contribui destacando que o estigma que o diagnóstico psiquiátrico produz pode ser percebido como uma construção social. Sendo assim, ao sair de um atendimento psiquiátrico, o sujeito não só receberá seu diagnóstico como também conhecerá o atributo que lhe conferirá a identificação social ao seu grupo de pertença. Kinker (2017) apresenta a necessidade de discussões sobre novas tecnologias no cuidado em saúde mental, dessa forma, os profissionais de saúde e gestores devem entender que a reabilitação psicossocial é a quebra de paradigmas da psiquiatria clássica que excluía e gerava desconstrução identitária de pessoas em sofrimento psíquico; a equipe multiprofissional tem o poder de atuação social na construção de futuras mudanças na prática do cuidado com fins de minimizar seus efeitos negativos e buscar um olhar mais humanizado no tratamento em saúde mental.

Diante de toda essa problemática, evidencia-se que as políticas públicas de saúde mental sempre tiveram dificuldades em sua implementação ao longo de sua trajetória, sendo observado que na visão dos profissionais de nível superior, os serviços estão sucateados e a forma de contratação potencializa a sua rotatividade. Além disso, as ações e serviços psicossociais estão sobre forte ameaça da indústria de leitos psiquiátricos e na produção da mercantilização do sofrimento psíquico. Nesse contexto, discutir cuidado em saúde mental é de extrema importância diante da gravidade do momento, devido a

divulgação da nota técnica nº 11/2019 intitulada como “Nova Saúde Mental”, documento visto como um grande retrocesso nas conquistas da Lei nº 10.216 de 2001 por financiar a compra de aparelhos de eletroconvulsoterapia. Diante desses acontecimentos, Amarante e Nunes (2018) consideram que o SUS e a Reforma Psiquiátrica vêm passando por grandes retrocessos. A Comissão Intergestores Tripartite (CIT), ao aprovar a resolução em dezembro de 2017, resgatou o modelo manicomial, dando força a um processo de desmonte de tudo o que foi construído ao longo das décadas, no âmbito da Reforma Psiquiátrica brasileira.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na análise das entrevistas as representações evocadas permitiram apreender nos discursos dos participantes os conteúdos significantes e intensos das representações sociais. Como resposta à categoria Reforma Psiquiátrica, os participantes ancoraram o desejo de mudança no que se refere ao cuidado do sujeito com transtorno mental. Demonstraram também o interesse em lutar pela eliminação dos manicômios, além de buscar mudar a concepção da identidade de loucura e normalidade, e do que é patológico para a sociedade atual. Pode-se verificar que a desinstitucionalização aparece como uma alternativa para a desconstrução do modelo asilar, abrindo possibilidades para novas formas de cuidado. É observado também, que os profissionais enfrentam precárias condições de trabalho, baixos salários, inadequação de espaço físico, falta de material, equipes incompletas, número de profissionais insuficiente para suprir a demanda e instabilidade de vínculo trabalhista. Em relação ao diagnóstico psiquiátrico, podemos observar nos discursos, que o médico apesar de todas as mudanças ainda, possui poder centralizado no seu discurso, sendo o profissional que diagnostica e organiza o itinerário terapêutico do usuário.

Diante do exposto, espera-se que os resultados contribuam para uma melhor compreensão da Reforma Psiquiátrica como processo de luta ainda presente na atual conjuntura, e possa sensibilizar para um olhar mais humanizado no que tange ao cuidado em saúde mental. Espera-se que este estudo sirva de motivação para outros pesquisadores buscarem novas perspectivas, utilizando de uma maior amplitude amostral e outros instrumentos que venham possibilitar maior visibilidade sobre a temática.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. *Saúde mental, políticas e instituições*: programa de educação à distância. Rio de Janeiro: FIOTEC: FIOCRUZ: EAD, 2003.

BARDIN, L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa, Portugal; Edições 70, LDA, 2009.

BARRANTES, F. J.; Violante, C., Graça, L. e Amorim, I. (2017) Programa de Luta conta o Estigma: resultados obtidos na formação nos profissionais da Saúde Mental. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* [online]., n. spe5, pp.19-24. 2017.

- BEZERRA, I. C.; Jorge, M. S. B.; Gondim, A. P. S.; Lima, L. L.; Vasconcelos, M. G. F. "Fui lá no posto e o doutor me mandou foi pra cá": processo de medicamentação e (des)caminhos para o cuidado em saúde mental na Atenção Primária. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 18(48), 61-74, 2014.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*. Brasília, DF, 31 dez. Seção 1, p. 88, 2010.
- CANGUILHEM, G. *O normal e o patológico*. 6 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006.
- CARDOSO, M. R. O; OLIVEIRA, P. T. R. Práticas de cuidado em saúde mental na voz dos usuários de um Centro de Atenção Psicossocial do estado do Pará. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 40, n. 109, p. 86-99, ABR-JUN, 2016.
- COUTINHO, M P. L. *Depressão infantil e representação social*. 2 ed. João Pessoa: Ed. Universitária UFPB, 2005.
- COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE (CIT). Resolução ° 32, de 14 de dezembro de 2017. Estabeleceu as Diretrizes para o fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). *Diário Oficial da União* 2017.
- FERREIRA, T.P.S; SAMPAIO, J; SOUZA, A.C.N; OLIVEIRA, D.L; GOMES, L.B. Produção do cuidado em Saúde Mental: desafios para além dos muros institucionais. *Interface (Botucatu)*; 21(61):373-84, 2017.
- FILHO, A. J. A.; FORTES, F. L. S.; QUEIRÓS, P. J. P.; PERES, M. A. A.; VIDINHA, T. S. S.; RODRIGUES, M. A. Trajetória histórica da reforma psiquiátrica em Portugal e no Brasil. *Revista de Enfermagem Referência*, SER IV (4), 117-125.
- FOUCAULT, M. *História da loucura na idade clássica*. 10 ed. São Paulo: Perspectiva, 2014.
- KINKER, F.S. Um hospício em crise: imagens de uma experiência de desinstitucionalização, *Interface (Botucatu)* vol.21 no.60 Botucatu Jan./Mar. 2017
- LAVRADOR, M.C.C.; RIBEIRO, W.L. As forças do Caps: uma experiência cartográfica. *Revista Psicologia e Saúde*. vol.7, n.2, pp. 91-98, 2015.
- LOPES, M.M.F. *Trabalho e saúde mental: A inserção das pessoas com transtorno mental do Centro de Atenção Psicossocial de Rio das Ostras no mercado de trabalho*. Rio das Ostras, 2013.
- MINAYO, M.C.S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 5. ed. Rio de Janeiro: Hucitec; 2008.
- MUNIZ, M. P; TAVARES, C. M. de M; ABRAHAO, A. L.; SOUZA, Â. C.A assistência de enfermagem em tempos de reforma psiquiátrica. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* [online]. n.13, pp.61-65, 2015.
- PAIM, J. S. *Modelos de atenção e vigilância da saúde*. In: ROUQUAYROL, Z. M.; Almeida, N. Epidemiologia e saúde. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 567-586, 2003.

PITTA, A. M. F. *Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas*. Ciência & Saúde Coletiva, 2011.

REIS, B. M.; LIBERMAN, F.; CARVALHO, S. R. Das inquietações ao movimento: um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), a clínica e uma dança. *Interface (Botucatu)*, v. 22, n. 64, p. 275-284, 2018.

SOUSA, P. F. Atitudes e Representações em Saúde Mental: Um Estudo com Universitários. *Psico-USF*, Itatiba, v. 21, n. 3, p. 527-538, 2016.

WEBER, C.A.T.; JURUENA, M.F. O olhar da família sobre o manejo de um hospital dia em saúde mental. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* (17), 25-33. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, Nº 17, 2017.

VIEIRA, S. de M; FREIRE, S. S. A. F. Tecnologias leves no cuidado na atenção psicossocial: entendimento e uso por profissionais na rede de saúde do município de Corumbá-MS. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, ISSN 2595 2420, Florianópolis, v.13, n.34, p.01-14, 2021.

PERCEPÇÃO E MANEJO DO ERRO DE MEDICAÇÃO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Data de aceite: 01/11/2023

Thiago Hessel

Suzana Grings de Oliveira da Silva

Yanka Eslabão Garcia

Ana Maria Vieira Lorenzoni

Carla Patrícia Michelotti Pereira

Maryana Schwartzhaupt de Matos

Bibiana Fernandes Trevisan

Vanessa Belo Reyes

Mariana Araújo da Cruz Moraes

Ana Paula Wunder Fernandes

Mariana de Oliveira Cardoso

RESUMO: Objetivo: Descrever a percepção e o manejo do erro de medicação na literatura. Método: Trata-se de uma revisão integrativa (RI), visando a determinação de produções sobre o tema da utilização de Educação na saúde no contexto de erro de medicação, entre os anos de 2004 à 2014. Resultados: Oito estudos foram encontrados sobre a temática Percepção e manejo do erro de medicação. Para melhorar os processos

de administração de medicamentos, enfermeiros e farmacêuticos devem relatar os problemas ocorridos relacionados a erros de medicação. Normalmente, as equipes compostas por esses profissionais apóiam a realização de relatórios de erros de medicação, no entanto, acabam por não relatar os mesmos, devido ao medo inerente de retaliações, ações punitivas e humilhação no ambiente profissional ao admitirem falha no processo de administração ou preparo do fármaco. A construção de uma cultura não punitiva no ambiente de trabalho é um modo de aumentar as notificações de erros e assim trabalhar com a equipe. Conclusão: Esta revisão integrativa teve o propósito de caracterizar as ações desenvolvidas pela equipe de enfermagem para prevenir eventos adversos ligados a erros de medicação no âmbito hospitalar.

PALAVRAS CHAVE: Cuidados de enfermagem. Erros de Medicação. Conduta do tratamento medicamentoso.

ABSTRACT: Objective: To describe the perception and management of medication errors in the literature. Method: This is an integrative review (IR), changing the determination of productions on the topic of the use of health education in the context

of medication errors, between the years 2004 and 2014. Results: Eight studies were found on the theme Perception and management of medication errors. To improve medication administration processes, nurses and pharmacists must report problems related to medication errors. Normally, teams made up of these professionals support the reporting of medication errors, however, they end up not reporting them, due to the inherent fear of retaliation, punitive actions and humiliation in the professional environment when suggesting failure in the administration process or drug preparation. Building a non-punitive culture in the workplace is a way to increase error notifications and thus work with the team. Conclusion: This integrative review aimed to characterize the actions carried out by the nursing team to prevent adverse events related to medication errors in the hospital setting.

INTRODUÇÃO

É inerente a qualquer indivíduo recorrer ao auxílio de serviços de saúde quando há algum agravo em sua saúde física ou mental. Entretanto, o processo de hospitalização, para a devida busca da reabilitação ou do estado de saúde anterior ao do agravo, é cercado por inúmeros riscos ocultos. Riscos esses, referentes à segurança e à possibilidade do usuário do serviço de saúde ser vítima de eventos adversos (EA) que, segundo Reis, Martins e Laguardia (2013), transversalmente podem implicar desde danos individuais a prejuízos coletivos de ordem financeira e interferir nos índices de saúde, como morbidade e letalidade da população. Entre os eventos adversos encontram-se os erros no preparo e na administração de medicamentos.

A preocupação com a dimensão dos danos ou lesões, causadas aos pacientes e às famílias, atribuídas aos eventos adversos culminou na publicação *To err is Human* do Institute of Medicine (IOM), provocando a mobilização da classe médica e do público em geral, das organizações norte-americanas e de diversos países para as questões relacionadas à segurança do paciente. Parte dessa mobilização é fruto do reconhecimento de que o acontecimento de eventos adversos influencia no aumento dos custos sociais e econômicos, implicando em danos às famílias, aos pacientes e à sociedade. O relatório da IOM estimou a ocorrência de 44 a 98 mil óbitos a cada ano, nos Estados Unidos, decorrentes de EA (KOHN et al, 2000) .

Em resposta a esta situação alarmante, a Organização Mundial da Saúde - OMS lançou, em 2004, o programa Aliança Mundial para a Segurança do Paciente como uma iniciativa para o primeiro passo na busca de melhorias na segurança dos cuidados de saúde em todos os Estados-membros da Organização (WHO, 2004).

Outra iniciativa pioneira, realizada pela OMS, foi identificar os principais conceitos de relevância com a Classificação Internacional para a Segurança do Paciente (ICPS) (RUNCIMAN et al, 2009). Um maior desenvolvimento da classificação apoia medidas de segurança ao paciente como, por exemplo, por meio de um sistema de dados com termos padronizados para assegurar a comparabilidade e o entendimento de termos e conceitos em todo o mundo (JHA et al, 2010). Um estudo transversal estimou a prevalência de EA em 58

hospitais localizados na Argentina, Colômbia, Costa Rica, México e Peru. O estudo observou uma prevalência de EA de 10,5%. Dos EA identificados, 28% causaram incapacidade nos pacientes, 6% foram associados à morte do paciente e 60% foram classificados como evitáveis (ARANAZ-ANDRÉS et al, 2011). No Brasil, um estudo realizado em três hospitais de ensino do Rio de Janeiro aferiu a incidência de pacientes que sofreram EA em 7,6% (84 de 1003 pacientes analisados). A proporção global de EA evitáveis foi de 66,7% (56 de 84 pacientes). A incidência de pacientes com EA nos três hospitais foi semelhante aos dados apresentados nos estudos internacionais. No entanto, a proporção de EA evitáveis foi muito maior em hospitais brasileiros, comparando-se a outros países como a Nova Zelândia (61,6%), Austrália (50%), Reino Unido (52%), Dinamarca (40,4%), França (27,6) e Espanha (42,6%). Esse contraste evidenciado sugere que os problemas de segurança do paciente são mais freqüentes no Brasil do que em países desenvolvidos (MENDES et al, 2009).

Nesse contexto, o Ministério da Saúde brasileiro instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), em abril de 2013, com o objetivo geral de contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional, sendo públicos ou privados (BRASIL, 2013c). No que tange aos objetivos específicos do PNSP, destaca-se a promoção e o apoio à implementação de iniciativas voltadas à segurança do paciente, a ampliação do acesso da sociedade às informações relativas à segurança do paciente, a produção, a sistematização e difusão dos conhecimentos sobre a segurança do paciente e, finalmente, fomentar a inclusão do tema segurança do paciente no ensino técnico, de graduação e na pós-graduação na área da saúde (BRASIL, 2013b).

Um dos mais comuns tipos de EA evitáveis é o erro de medicação, que é a causa mais frequente de morbidade e morte evitável em hospitais (ELLIOTT, 2010). Estudo realizado nos Estados Unidos da América revelou que cada paciente internado em um hospital norte-americano está sujeito a um erro de medicação por dia, sendo registrados anualmente nessas instituições, no mínimo 400.000 eventos adversos evitáveis relacionados a medicamentos (BRASIL, 2013a). Estima-se que os erros de medicação em hospitais provoquem mais de 7.000 mortes por ano nos Estados Unidos da América, acarretando importantes custos tangíveis e intangíveis (BRASIL, 2013a).

A motivação para a realização do presente estudo emanou de uma necessidade percebida rotineiramente, como técnico em enfermagem e participando do preparo de fármacos e de sua administração em pacientes, somando-se a pouca ênfase atribuída à temática do erro de medicação dada na formação acadêmica de enfermeiros. Desse modo, é crucial ao enfermeiro conhecer os riscos que envolvem todos os passos da administração de medicamentos, para vislumbrar os meandros desse processo e desenvolver meios eficazes de tornar essa tarefa mais segura e fidedigna ao paciente e ao sistema de saúde.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa (RI), visando a determinação de produções sobre o tema da utilização de Educação na saúde no contexto de erro de medicação, entre os anos de 2004 à 2014. A escolha do método se deu pelo fato de ser uma importante ferramenta na sintetização das pesquisas disponíveis sobre a temática a ser estudada, sendo um instrumento válido para a prática baseada em evidências, principalmente para a enfermagem (SOUZA, 2010)

A questão norteadora que orientou a presente revisão foi: quais são as estratégias desenvolvidas pela Equipe de Enfermagem para a prevenção dos eventos adversos ligados a erros de medicação no âmbito hospitalar? A coleta de dados foi realizada a partir dos seguintes critérios:

Base de Dados Acessada: A Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), a Cumulative Index of Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), a SciVerse Scopus da Elsevier e a Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE). As bases de dados supracitadas foram escolhidas por terem seu acervo atualizado regularmente e, por isso, propiciar aos pesquisadores um acesso eficiente aos conhecimentos produzidos na área da saúde, sendo que a base de dados CINAHL é específica à enfermagem. Será utilizado o marcador booleano AND em cada cruzamento.

Descritores da Biblioteca Virtual em Saúde (Decs): Erros de medicação/Medication errors, Enfermagem/Nursing, Segurança do Paciente/Patient Safety, Aprendizagem/Learning, e os termos Eventos Adversos/Adverse Events, educação da segurança/Safety education. Foi utilizado o marcador booleano AND em cada cruzamento.

Para a avaliação dos dados coletados, foi feita uma avaliação da qualidade e da relevância dos dados obtidos para a pesquisa. Para o registro das informações, um instrumento (APÊNDICE A) foi criado, contendo os seguintes dados:

- Identificação do artigo (título, autor, ano de publicação, descritores);
- Objetivo;
- Metodologia, tipo de estudo, aspectos éticos;
- Resultados;
- Limitações, recomendações.

Para a análise dos dados, ocorreu a avaliação inicial dos artigos selecionados, os mesmos foram comparados entre si, buscando-se dialogar as semelhanças e pontuar as diferenças. Após, os dados obtidos foram registrados na forma de quadro sinóptico, que possibilitou uma interpretação mais sintetizada e comparativa dos dados encontrados.

Esta RI levou em consideração os aspectos éticos, sendo mantidas as autenticidades das idéias, conceitos e definições dos autores pesquisados e as devidas citações e referências de acordo com as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas

(ABNT). O projeto foi encaminhado e aprovado pela Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem (COMPESQ) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (ANEXO A).

A seguir, segue recorte dos resultados na literatura sobre o tema deste capítulo.

RESULTADOS

Oito estudos foram encontrados sobre a temática Percepção e manejo do erro de medicação, conforme tabela que segue:

Nº	Título	Procedência Periódico
1	An intervention to improve inpatient medication management: a before and after study (XU, C. et al.;2014)	China Journal of Nursing Management
2	Medication monitoring in a nurse-led respiratory outpatient clinic: pragmatic randomised trial of the West Wales Adverse Drug Reaction Profile (GABE, M. E. et al;2014)	Estados Unidos Plos One
3	Strategies for Improving Patient Safety: Linking Task Type to Error Type (MATTOX, E. A.;2012).	Estados Unidos Critical Care Nurse
4	Nurses' perceptions of medication errors and their contributing factors in South Korea (KIM, K. S. et al.;2011).	Coréia do Sul Journal of Nursing Management Austrália Contemporary Nurse
5	Prevalence, risk factors, consequences and strategies for reducing medication errors in Australian hospitals: a literature review (EVANS, J.;2009).	
6	Nurses' Responses to Medication Errors: Suggestions for the Development of Organizational Strategies to Improve Reporting (COVELL, C. L.; RITCHIE, J. A.;2009).	Canadá Journal of Nursing Care Quality
7	Nurses' perceptions of causes of medication errors and barriers to reporting (ULANIMO, V. M.; O'LEARY-KELLEY, C.; CONNOLLY, P. M.;2007).	Estados Unidos Journal of Nursing Care Quality
8	Effective strategies to increase reporting of medication errors in hospitals (FORCE, M. V. et al;2006).	Estados Unidos Journal of Nursing Administration

DISCUSSÃO

Otimizar a administração de medicamentos por meio da “percepção e manejo do erro de medicação” é um artifício utilizado para prevenir erros de medicação abordado como temática por oito estudos da presente revisão, correspondendo a 22% da amostra.

Segundo Mattox (2012), entender como cada tipo de tarefa contribui para evitar o erro de medicação aumenta a capacidade dos enfermeiros para fazer mudanças

significativas nos sistemas de saúde. Com a revisão de como ocorreu o erro, enfermeiros e outros profissionais de saúde podem navegar com mais sucesso na prestação de cuidados de saúde e, finalmente, prestar cuidados mais seguros para os pacientes. A diminuição de subnotificações de eventos adversos relacionados ao uso de medicações para o sistema respiratório, segundo o estudo de Gabe et al (2014), pode ser otimizado por meio de perfis estruturados e padronizados de reações adversas a essas drogas, além de monitoramento pró-ativo de possíveis reações adversas.

Para melhorar os processos de administração de medicamentos, enfermeiros e farmacêuticos devem relatar os problemas ocorridos relacionados a erros de medicação. Normalmente, as equipes compostas por esses profissionais apóiam a realização de relatórios de erros de medicação, no entanto, acabam por não relatar os mesmos, devido ao medo inerente de retaliações, ações punitivas e humilhação no ambiente profissional ao admitirem falha no processo de administração ou preparo do fármaco. A construção de uma cultura não punitiva no ambiente de trabalho é um modo de aumentar as notificações de erros e assim trabalhá-los com a equipe (EVANS, 2009). O estudo de Force et al (2006) implementou e avaliou um programa chamado LifeSavers. Seu propósito era construir uma cultura não punitiva e aumentar o relatório de erros de medicação pela equipe. Em um ano, o programa LifeSavers aumentou as divulgações de erro de medicação de 14 para 72 relatórios por mês. O sucesso do desenvolvimento de uma cultura não-punitiva por meio de relatório de erros de medicação possibilitou identificar a fonte dos problemas com a consequente melhoria do sistema de administração de medicamentos identificados (FORCE et al, 2006).

A utilização de sistemas de informação tanto na dispensação como também no processo de notificação de erros acarretam um maior controle e fidedignidade no processo de gestão de medicamentos. Uma pesquisa com enfermeiros apontou que a tecnologia da informação contribui com a diminuição dos erros, entretanto os erros continuam a ocorrer, mesmo com sistemas de tecnologia da informação sofisticados (ULANIMO; O'LEARY-KELLEY; CONNOLLY, 2007).

Compreender de modo abrangente como os enfermeiros respondem aos erros de medicação e identificar estratégias que os mesmos acreditam que podem melhorar foi o objetivo do estudo de Covell e Ritchie (2009). Os resultados sugerem que os enfermeiros usam um processo de tomada de decisão ao relatar erros de medicação. O relatório de erros de medicação pode ser melhorado através da instauração de uma abordagem de resolução de problemas para gerenciar respeitosamente o evento e fornecer aos enfermeiros orientações claras, ensino de recuperação, e feedback em tempo útil (COVELL; RITCHIE, 2009).

Um hospital chinês desenvolveu uma estratégia de intervenção de gestão de cinco pontos. Comparando os dados pré-intervenção com os dados de pós-intervenção, a taxa de cumprimento exato das políticas e procedimentos de medicação aumentou de 86,7%

(645/744 doses observados) para 97,5% (725/744). A taxa de sucesso dos procedimentos de administração de medicamentos aumentou de 94,0% (466/496 doses observados) para 96,8% (480/496). Os relatórios de erros de medicação aumentaram de 77,1% (101/131) para 95,1% (58/61). As reclamações relacionadas à administração de medicamentos pela enfermagem diminuíram de 23 para seis casos (redução de 73,9%). No entanto, apesar das melhorias apresentadas no pós-intervenção, ainda necessitam de estudos randomizados controlados para testar a sua eficácia (XU, 2014).

Um estudo sul coreano desenvolvido por Kim et al (2011) identificou as percepções de erros de medicação dos enfermeiros. Um total de 224 dos 330 (67,9%) questionários foram devolvidos. Mais da metade (63,6%) dos participantes tinha sido envolvido em erros de medicação, uma vez ou mais no mês passado. Para os fatores que contribuem para os erros de medicação, 99 enfermeiros (45,0%) responderam “preparação de drogas avançadas e administração sem verificação (dupla checagem)” (KIM et al, 2011, p. 349). Somente 13,5% dos participantes informaram aos pacientes e suas famílias de erros de medicação e 28,3% dos participantes apresentaram um relatório sobre o incidente ocorrido. Os resultados deste estudo demonstraram que muitos casos de erros de medicação não foram relatados aos supervisores e nem aos pacientes, tendo como principal razão o medo de punição (KIM et al, 2011). Tornar o ambiente hospitalar menos punitivo pode criar atitudes mais construtivas e positivas em relação ao relato de erros de medicação.

CONCLUSÃO

Dentre as estratégias evidenciadas nesta revisão para minimizar os erros de medicamento, o uso de tecnologia da informação é percebida como auxiliar para a redução da ocorrência do erro, mas não a extingue.

Abordagens como atividades de ensino nos cursos de formação estimulando o convívio interprofissional na gestão de medicamentos, foram propostas que vem sendo implementadas pela Enfermagem. A realização de atividades educativas com equipes de enfermagem foram realizadas e avaliadas demonstrando serem necessárias para otimizar os conhecimentos teóricos e práticos da equipe, empoderando a mesma para decisões seguras e eficazes no que tange o processo de preparo e administração de fármacos.

A gestão de medicamentos atribui à equipe interprofissional co-responsabilização na segurança dos medicamentos, perpassando todas as fases do processo (prescrição, dispensação, preparo e aplicação).

Esta revisão integrativa da literatura contribuiu na discussão de uma temática de fundamental importância para a segurança do cuidado prestado pela equipe de enfermagem, destacando a necessidade de colocar em prática, no âmbito hospitalar, ações para prevenir erros de medicação.

REFERÊNCIAS

ARANAZ-ANDRÉS, J. M. et al. Prevalence of adverse events in the hospitals of five Latin American countries: results of the 'Iberoamerican study of adverse events'(IBEAS). **BMJ quality & safety**, p. bmjqs.2011.051284, 2011.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Ministério da Saúde. **Protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de Medicamentos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Fundação Oswaldo Cruz. Ministério da Saúde. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de segurança do paciente**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013c.

COVELL, C. L.; RITCHIE, J. A. Nurses' responses to medication errors: suggestions for the development of organizational strategies to improve reporting. **Journal of nursing care quality**, Frederick, v. 24, n. 4, p. 287-297, 2009.

ELLIOTT, M.; LIU, Y. The nine rights of medication administration: an overview. **British Journal Of Nursing**, London, p. 300-305, jan. 2010.

EVANS, J. Prevalence, risk factors, consequences and strategies for reducing medication errors in Australian hospitals: a literature review. **Contemporary nurse, New South Wales**, v. 31, n. 2, p. 176-189, 2009.

FORCE, M. V. et al. Effective strategies to increase reporting of medication errors in hospitals. **Journal of nursing administration**, Wakefield, v. 36, n. 1, p. 34-41, 2006.

GABE, M. E. et al. Medication monitoring in a nurse-led respiratory outpatient clinic: pragmatic randomised trial of the West Wales Adverse Drug Reaction Profile. *PloS one*, San Francisco, v. 9, n. 5, p. e96682, 2014.

JHA, A. K. et al. Patient safety research: an overview of the global evidence. **Quality and Safety in Health Care**, v. 19, n. 1, p. 42-47, 2010

KIM, K. S. et al. Nurses' perceptions of medication errors and their contributing factors in South Korea. **Journal of Nursing Management**, Oxford, v. 19, n. 3, p. 346-353, 2011.

KOHN, L. T. et al. **To Err Is Human: Building a Safer Health System**. Washington: Academy Press, 2000.

MENDES, W. et al. The assessment of adverse events in hospitals in Brazil. **International Journal for Quality in Health Care**, [S.l.], v. 21, n. 4, p. 279- 284, 2009.

MATTOX, E. A. Strategies for improving patient safety: linking task type to error type. **Critical care nurse, Secaucus NJ**, v. 32, n. 1, p. 52-78, 2012.

REIS, A. M. M. et al. Errors in medicine administration-profile of medicines: knowing and preventing. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 181-186, 2010.

RUNCIMAN, W. et al. Towards an International Classification for Patient Safety: key concepts and terms. **International Journal for Quality in Health Care**, [S.l.], v. 21, n. 1, p. 18-26, 2009.

SOUZA, M. T.; SILVA, M.D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein**, São Paulo, v. 8, n. 1 Pt 1, p. 102-106, 2010.

ULANIMO, V. M.; O'LEARY-KELLEY, C.; CONNOLLY, P. M. Nurses' perceptions of causes of medication errors and barriers to reporting. **Journal of nursing care quality**, Frederick, v. 22, n. 1, p. 28, 2007.

XU, C. et al. An intervention to improve inpatient medication management: a before and after study. **Journal of nursing management**, Oxford, v. 22, n. 3, p. 286-294, 2014.

World Alliance for Patient Safety: forward programme 2005. World Health Organization. Dept. of Health System Policies and Operations. Geneva: World Health Organization, 2004.

DESENVOLVIMENTO DE TECNOLOGIA EDUCACIONAL SOBRE USO RACIONAL DE PSICOFÁRMACOS

Data de submissão: 11/09/2023

Data de aceite: 01/11/2023

Odair Bonacina Aruda

Universidade do Estado de Santa
Catarina-UDESC-Chapecó-SC
<http://lattes.cnpq.br/5615385503890664>
<https://orcid.org/0000-0003-1281-467X>

Nicole Sangoi Brutti

Universidade do Estado de Santa
Catarina-UDESC-Chapecó-SC
<http://lattes.cnpq.br/0355537308549315>
<https://orcid.org/0000-0001-9941-5668>

Leila Zanatta

Universidade do Estado de Santa
Catarina-UDESC-Chapecó-SC
<http://lattes.cnpq.br/8690234560867282>
<https://orcid.org/0000-0003-0935-4190>

RESUMO: Os psicofármacos (ansiolíticos, hipnóticos, antidepressivos, antipsicóticos, entre outros) são responsáveis pela alteração de comportamento, humor, cognição e consciência, e suas ações acontecem diretamente no Sistema Nervoso Central (SNC). A automedicação é uma forma muito comum do uso irracional dos medicamentos, caracteriza-se pela ingestão de medicamentos sem a orientação de um profissional da saúde. Desta forma, torna-se relevante o uso das tecnologias

educacionais, visto que podem contribuir com a promoção e proteção da saúde ao orientar sobre uso racional de medicamentos. Este trabalho objetivou descrever o processo de desenvolvimento de uma tecnologia educacional sobre a promoção do uso racional de psicofármacos. Trata-se de um estudo metodológico de desenvolvimento tecnológico que compreendeu uma revisão de literatura e o desenvolvimento de uma tecnologia educacional do tipo folder. Na primeira fase através da revisão foi possível identificar que os universitários que mais fazem uso de psicofármacos são dos cursos de enfermagem, fisioterapia, psicologia, medicina e farmácia. O uso é mais frequente entre os estudantes que estão na primeira fase, no meio e no final do curso e dentre os fármacos utilizados têm-se o metilfenidato, diazepam, clonazepam e bromazepam e também se identificou as razões que levam os estudantes a utilizarem esses fármacos. Na segunda fase foi desenvolvido um folder intitulado “Uso racional de psicofármacos”. Nesse contexto, o desenvolvimento de uma tecnologia educacional do tipo folder abordando a temática do uso racional de psicofármacos oferece informações importantes aos universitários no intuito de promover o uso racional de medicamentos

e evitar possíveis efeitos adversos e agravamento de suas condições decorrentes do uso inadequado desses medicamentos.

PALAVRAS-CHAVE: Tecnologia Educacional. Psicotrópicos. Uso de Medicamentos. Promoção da Saúde.

DEVELOPMENT OF EDUCATIONAL TECHNOLOGY ABOUT RATIONAL USE OF PSYCHOACTIVE DRUGS

ABSTRACT: Psychotropic drugs (such as anxiolytics, hypnotics, antidepressants, antipsychotics, among others) are responsible for altering behavior, mood, cognition, and consciousness, and their actions occur directly in the Central Nervous System (CNS). Self-medication is a very common form of irrational drug use, characterized by taking medications without the guidance of a healthcare professional. Therefore, the use of educational technologies becomes relevant as they can contribute to the promotion and protection of health by providing guidance on the rational use of medications. This study aimed to describe the development process of an educational technology on the promotion of rational use of psychotropic drugs. It is a methodological study of technological development that involved a literature review and the development of an educational technology in the form of a folder. In the first phase, through the review, it was possible to identify that university students who use psychotropic drugs the most come from nursing, physiotherapy, psychology, medicine, and pharmacy courses. The use is more frequent among students in the early, middle, and final stages of their courses. Among the drugs used are methylphenidate, diazepam, clonazepam, and bromazepam. Reasons for students using these drugs were also identified. In the second phase, a folder entitled “Rational Use of Psychotropic Drugs” was developed. In this context, the development of an educational technology in the form of a folder addressing the rational use of psychotropic drugs provides important information to university students with the aim of promoting the rational use of medications and preventing potential adverse effects and worsening of their conditions due to improper use of these medications.

KEYWORDS: Education Technology. Psychotropic Drugs. Drug Utilization. Health Promotion.

1 | INTRODUÇÃO

O uso de psicofármacos tem aumentado significativamente nos últimos anos, e seu início tem sido cada vez mais precoce. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), o uso indiscriminado de medicamentos psicotrópicos se tornou um problema de saúde pública; sendo assim a OMS tem alertado sobre o uso desses medicamentos nos países em desenvolvimento. No Brasil, esse aviso foi reforçado por estudos que demonstram uma grave realidade relacionada ao uso de antidepressivos e ansiolíticos, principalmente entre universitários (Moura *et al.*, 2016).

Os psicotrópicos são classificados como drogas e medicamentos responsáveis pela alteração de comportamento, humor e cognição. Agem diretamente no Sistema Nervoso Central (SNC). Estão associados a efeitos como alteração no estado mental e função psicológica, sendo assim produzindo efeito antidepressivo, alucinógeno, estimulante, entre

outros. Como agem no SNC, estão sujeitos a terem um controle especial na venda (RANG et al., 2012).

Dentre as classes de fármacos que atuam diretamente no SNC, tem-se anestésicos; analgésicos; antiepiléticos; anti-parkinsonianos; psicopáticos; psicoanalépticos; entre outros (Anatomical Therapeutic Chemical Classification System, 2023).

A utilização dessas drogas psicoativas transformou-se em um assunto de preocupação devido sua incidência e danos causados à saúde. A vida acadêmica, assim como permite conquistar uma profissão, pode tornar-se um período difícil, com uma pré-disposição para o caminho do uso dessas drogas (RIBEIRO; RODRIGUES; DUARTE, 2017).

De acordo com Reales e Franco (2018) os alunos chegam à universidade com características pessoais, familiares e acadêmicas, e com o ingresso na faculdade enfrentam alguns compromissos e exigências maiores que as do ensino médio. Uma das fases mais importantes da vida é a adolescência/juventude, momento em que muitos ingressam no ensino superior e, ainda que o ambiente universitário seja um contexto importante para seu desenvolvimento, devido às pressões vividas, em busca de crescimento profissional e pessoal, existem fatores de risco onde podem levar os universitários a adotarem comportamentos que possam comprometer sua saúde, incluído o uso e abuso de medicamentos psicotrópicos, como antidepressivos e ansiolíticos (CARDOSO; MALBERGIER, 2014).

Dentre os diversos fatores que influenciam os universitários a fazerem uso de psicotrópicos tem-se: condições socioculturais, ausência de programas sobre riscos da automedicação, facilidade de acesso à prescrição, fácil propagação dos medicamentos por meio de empréstimos e/ou recomendação dos usuários por parentes ou amigos. E mesmo o conhecimento adquirido nas disciplinas curriculares nos cursos da área da saúde, parece não ser o suficiente para modificar a percepção em relação ao uso desses fármacos (RIBEIRO; RODRIGUES; DUARTE, 2017).

Sendo assim, uma Tecnologia Educacional (TE) tem como objetivo ser mediadora no processo de construção de ações na saúde, assentando-se com os preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente a integralidade, pois desafia a organização das práticas de atenção e cuidado, num sentido de atender o conceito ampliado de saúde, e consequentemente as necessidades (NESPOLI, 2013).

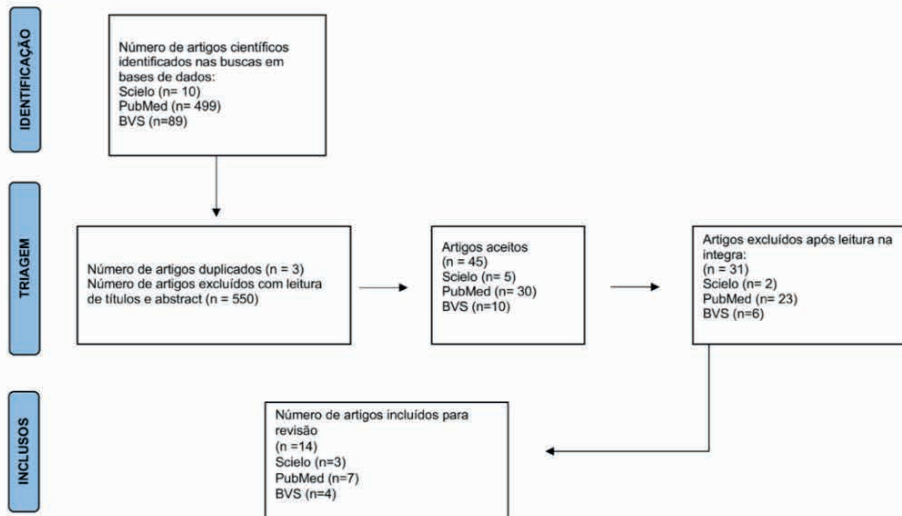
2 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo metodológico utilizando o referencial de Teixeira (2020), que propõe o desenvolvimento de tecnologias cuidativo-educacionais em três etapas: produção/construção; validação e aplicação. Nesse capítulo será descrito apenas a primeira etapa da pesquisa metodológica, que consistiu na produção-construção da tecnologia baseada

na literatura. O estudo foi dividido em duas fases, sendo elas: 1) Fase Exploratória, onde foi realizado uma revisão narrativa; 2) Construção de uma tecnologia educativa (TE), do tipo folder sobre uso racional de psicofármacos.

O público-alvo da tecnologia desenvolvida foram estudantes de graduação em Enfermagem de uma Universidade localizada na Região Oeste do Estado de Santa Catarina. O estudo iniciou com a revisão narrativa da literatura, que proporcionou embasamento teórico para a construção da TE. A coleta de dados ocorreu na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) utilizando-se os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): Drogas psicotrópicas/ Psychotropic Drugs com operador boelano AND para acrescentar enfermagem/nurse, saúde/health, estudantes/students, universitários/undergraduate students. Na pesquisa foram incluídas publicações dos anos de 2012 a 2022, nos idiomas inglês, espanhol e português, que respondessem à pergunta de pesquisa: Quais razões levam estudantes de graduação da área da saúde a fazerem o uso de psicofármacos e quais os riscos associados ao seu uso? O estudo realizado dispensou aprovação de comitê de ética, pois não houve participação direta de seres humanos nas etapas realizadas.

A pesquisa nas bases de dados previamente descritas, utilizando os descritores selecionados, resultou num total de 598 artigos. Após leitura dos títulos, foram excluídos 550 por fuga do tema e 3 foram excluídos por duplicidade, restando apenas 45 para leitura. Estes foram lidos na íntegra, resultando assim com 31 artigos excluídos por não responderem à pergunta de pesquisa, como resultado final a inclusão de 14 artigos para a realização da análise do conteúdo. Os resultados da busca estão apresentados no fluxograma abaixo.



*Consider, if feasible to do so, reporting the number of records identified from each database or register searched (rather than the total number across all databases/registers).

**If automation tools were used, indicate how many records were excluded by a human and how many were excluded by automation tools.

From: Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ* 2021;372:n71. doi: 10.1136/bmj.n71. For more information, visit: <http://www.prisma-statement.org/>

Figura 1. Fluxograma descrevendo a identificação, triagem e elegibilidade dos estudos incluídos na revisão.

3 | RESULTADOS

O Quadro 1 faz referência aos artigos científicos incluídos na revisão narrativa e dispõe da numeração do artigo, título, periódico em que foi publicado, ano, tipo de abordagem do estudo, referencial e base de dados.

Nº do artigo	Título do artigo	Periódico	Ano	Tipo de abordagem	Referencial	Base de Dados
01	Are symptoms of depression and anxiety in nursing students associated with their sociodemographic characteristics?	Revista Brasileira de Enfermagem-REBEn	2020	Estudo transversal e analítico	Leticia da Silva Coelho et al.	Scielo
02	Percepções e uso do metilfenidato entre universitários da área da Saúde em Ceilândia, D F, Brasil.	Interface, comunicação, saúde, educação	2022	Dividida em duas etapas: Primeira: quantitativa, estudo descritivo transversal. Segunda: qualitativa	Micheline Marie Milward de Azevedo Meiners et al.	Scielo
03	Use of psychotropic drugs by students from the health area: a comparative and qualitative analysis	Revista Brasileira de educação Médica	2021	Estudo transversal epidemiológico descritivo	João Borges Esteves Tovani et al.	Scielo
04	Antidepressants: use, adherence and awareness among medical students	Ciência & Saúde Coletica	2014	Estudo transversal descritivo	Aline Granada Ribeiro et al.	PubMed
05	Psychological Distress and Use of Psychotropic Drugs Among University Students-the SHoT Study, Norway.	Frontiers Frontiers in Psychiatry	2021	Estudo transversal quantitativo	Ivana Bojanic et al.	PubMed
06	Misuse of prescription drugs and other psychotropic substances among university students: a pilot study.	Eastern Mediterranean Health Journal	2022	Estudo transversal quantitativo	Fahmi Fadhel	PubMed
07	Use of Psychotropic Medications and Illegal Drugs, and Related Consequences Among French Pharmacy Students - SCEP Study: A Nationwide Cross-Sectional Study.	Frontiers Frontiers in Pharmacology	2018	Estudo transversal qualitativo	David Balayssac et al.	PubMed
08	Use of prescribed psychotropic drugs among medical students and associated factors: a cross-sectional study.	São Paulo Medical Journal Evidence for health care	2022	Estudo observacional transversal	Nicoli Abrão Fasanella et al.	PubMed
09	Mental Health and Psychotropic Stigma Among Student Pharmacists	Frontiers in Public Health	2022	Estudo transversal quantitativo	Brandy Davis et al.	PubMed
10	Changes and specificities in health behaviors among healthcare students over an 8-year period.	PLoS One.	2018	Estudo transversal quantitativo.	M.P Tivolacci et al.	PubMed

11	Nursing students: medication use, psychoactive substances, and health conditions	Revista Brasileira de Enfermagem	2020	Estudo transversal quantitativo	Bárbara de Oliveira Prado Sousa et al.	BVS
12	Ansiedade e consumo de ansiolíticos entre estudantes de enfermagem de uma universidade pública	Revista eletrônica de enfermagem	2013	Estudo transversal descritivo	Katia Colombo Marchi et al.	BVS
13	Avaliação do uso de psicofármacos por universitários	Revista de Ciências Médicas e Biológicas	2022	Estudo transversal descritivo e analítico	Thaynná Rodrigues Tavares et al.	BVS
14	Automedicação de psicotrópicos em acadêmicos da área da saúde: uma revisão da literatura brasileira entre 2000 e 2017	Saúde e pesquisa	2018	Revisão sistemática de literatura	Maristela Maximovitz de Oliveira et al.	BVS

Quadro 1. Referências dos artigos selecionados para análise do estudo.

Fonte: Autores (2023)

Com a leitura na íntegra dos artigos, identificou-se as características das publicações, sendo: país de origem; áreas e subáreas das revistas, consumo dos fármacos em quais áreas da saúde. Em relação a essas características têm-se a prevalência de artigos publicados no Brasil, com nove (64,28%), França com dois (14,28%) e os demais países como Estados Unidos, Noruega e Arábia Saudita com um cada (7,14%). As principais áreas e subáreas das revistas foram da saúde com treze (92,86%) e farmacologia com um (7,14%).

Os artigos abordaram sobre o consumo de psicotrópicos por estudantes dos cursos de Enfermagem (artigos 2,3,10,11,12,13 do quadro 1), seguido da fisioterapia (artigos 2,3 e 10 do quadro 1), farmácia (artigos 2,9,10 do quadro 1), medicina (artigos 6, 8 e 10 do quadro 1) e psicologia (artigos 3 e 13 do quadro 1). Em relação à idade dos participantes, os artigos 4,5,6,7,8,9, 12 e 13 trazem as idades entre 18 e 24 anos, os artigos 1,2,10 e 14 entre 20 e 30 anos, o artigo 3 entre 15 e 70 anos, e por último, o artigo 11 aponta faixa etária dos 17 e 40 anos de idade. Sendo que o uso mais frequente está entre os estudantes da primeira fase, meio (4ª e 6º ano) e final do curso.

Todos os artigos descrevem como prática comum entre os estudantes a automedicação e o aumento da dose sem consulta com um profissional de saúde. Dentre os fármacos mais citados pelos estudantes tem-se o metilfenidato (artigo 2, MEINERS et al., 2022), Diazepam, Clonazepam e bromazepam (artigo 7 e 12; BALAYSSAC et al., 2018; MARCHI et al., 2013).

Após a realização da pesquisa bibliográfica, foi desenvolvido um folder no software Canva® intitulado “Uso racional de psicofármacos” em folha A4 (tamanho 21x29,7cm), com

fonte *Glacial Indifference*, tamanho 18 para o título e 12.6 para conteúdo. As imagens usadas para elaborar o folder foram coletadas diretamente no banco de imagens do próprio programa. As informações contidas nesse folder foram obtidas após leitura dos artigos incluídos na revisão de literatura, bem como de documentos orientadores sobre a temática, e compreendem os seguintes tópicos: O que são psicofármacos? Por que são utilizados? Uso racional, o que significa? Uso abusivo de psicofármacos, o que pode causar? Automedicação; Mais informações. Sendo assim, com a realização da revisão de literatura foi possível responder todas as perguntas mencionadas acima para a construção da tecnologia educacional. Abaixo, na Figura 2 é apresentado o folder em suas duas faces.

Mais informações

- A decisão de começar a fazer o uso desses medicamentos deve ser tomada com cautela entre profissional de saúde e paciente. Porém, destaca-se que esses fármacos proporcionam grandes benefícios quando utilizados de forma correta, na dose adequada e pelo tempo necessário.
- Ainda é importante considerar outras possíveis abordagens terapêuticas que podem ser adotadas.

Práticas Integrativas e Complementares PICS

Acolhimento

Escuta qualificada

Psicoterapia

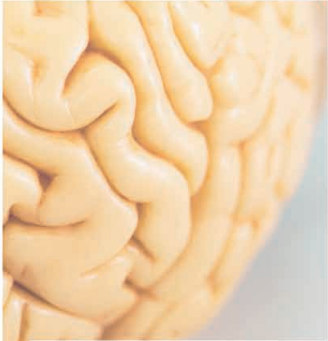
Acolhimento Longitudinal

Grupos de apoio



Acadêmicos: Nicole Sangoi Brutti e Odair Bonacina Aruda.
Projeto de Ensino intitulado "Cuidados de Enfermagem no uso racional de medicamentos"
Edital Prapreg 01/2019
Orientadora: Dr^a Leila Zanatta.





USO RACIONAL DE PSICOFÁRMACOS



A enfermagem e o bem-estar humano: teoria e prática

Capítulo 12

110

O que são Psicofármacos?

São fármacos de uso controlado, amplamente utilizados na clínica das doenças psiquiátricas, podem ser classificados como:

- Sedativos/hipnóticos;
- Antidepressivos;
- Estabilizadores de humor e antipsicóticos;

Por que são utilizados?

Os psicofármacos instituíram-se como o recurso terapêutico mais utilizado para tratar sintomas como:

- Tristeza;
- Desamparo;
- Solidão;
- Inquietude;
- Receio;
- Insegurança ou até mesmo a ausência de felicidade;
- Além de outros distúrbios psíquicos;

Uso racional, o que significa?

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, entende-se que há uso racional de medicamento quando pacientes recebem medicamentos para suas condições clínicas em doses adequadas às suas necessidades individuais, por um período adequado e ao menor custo para si e para a comunidade.

Uso abusivo, o que pode causar?

Os medicamentos quando ingeridos em dose superior à recomendada pelo prescritor ou até mesmo quando não prescritos, podem causar vários tipos de reação em um organismo, variando de leves alergias até a morte.

Automedicação

- É o uso de medicamentos sem a orientação de um profissional habilitado.

Possíveis complicações ao se medicar:

- Intoxicação;
- Interação medicamentosa;
- Alívio do sintoma que mascara o diagnóstico correto;
- Dependência;
- Resistência ao medicamento;

O uso de medicações sem as devidas orientações e precauções podem causar danos a saúde do usuário.



NÃO SE AUTOMEDIQUE

Figura 2. Uso racional de psicofármacos

Fonte: elaborado pelos autores (2023)

4 | DISCUSSÃO

A leitura e análise dos artigos incluídos nesse estudo permitiu identificar algumas das razões que levam os estudantes a utilizarem os psicofármacos: *nas fases iniciais do curso* - dificuldades com a mudança de cidade, ingresso na universidade e aumento de suas responsabilidades (artigo 4); *no meio do curso* - as dificuldades estão atreladas ao contato mais amplo com pacientes e com a morte tornando-o mais responsável (artigo 1,7,8); *no final do curso* - ter mais responsabilidade com a profissão que escolheu para seguir (artigo 9).

Além disso, os artigos 2, 3, 4, 5, 6, 8, 10, 13 e 14 citam que os universitários utilizam esses fármacos para terem um maior desempenho na graduação, melhor aprendizado e concentração, mas também para tratar a ansiedade e depressão potencializados durante a graduação.

O consumo dos psicofármacos pelos estudantes no início da graduação entende-se que seja estimulado pela curiosidade, mas com mais destaque em melhorar o desempenho acadêmico, ter mais disposição para os estudos e pela facilidade de acesso, principalmente por serem da área da saúde. Porém, nos anos finais, pode estar associado ao término

da graduação e estresse desenvolvido durante ela, sobrecarga de trabalhos acadêmicos, estágio curricular obrigatório e o mais importante, pelo preparo para a inserção no mercado de trabalho (SOUSA *et al.*, 2020).

Coelho et al. (2020) traz que além dos fatores adaptativos, o ambiente de graduação competitivo e a lida com pessoas doentes, o sexo feminino está exposto numa maior proporção a variáveis que favorecem o desenvolvimento de desordens como ansiedade e depressão tais como questões culturais, sociais e oscilações hormonais (COELHO *et al.*, 2020).

Com relação aos psicofármacos, embora tenham um papel de atuar nas alterações do comportamento, do humor e funções mentais para melhorar ou estabilizar os transtornos, foi identificado sinais de depressão e ansiedade em pessoas que usam essas medicações, tendo como destaque os estabilizadores de humor e antidepressivos. Além disso, o estudo demonstrou a automedicação com muita prevalência na área da saúde, atrelado ao uso incorreto de medicação ou dose inadequada (COELHO *et al.*, 2020).

Dados indicam que alunos que se automedicam apresentaram níveis mais elevados de fadiga do que os outros. Foi identificado também que os alunos que se automedicavam com psicotrópicos apresentavam níveis mais elevados de ansiedade e depressão do que os estudantes que faziam uso, mas com retenção de prescrição médica (BALAYSSAC *et al.*, 2018).

Dentre os medicamentos reportados nos estudos, tem-se o Diazepam, o qual foi o fármaco mais utilizado pelos estudantes com 37,5%, Clonazepam 16,7%, Bromazepam 8,3%, Lorazepam 6,3%, Alprazolam e Bupiriona com 2,1% (MARCHI *et al.*, 2013).

Uma pesquisa sobre o uso de metilfenidato, realizada com 337 estudantes, sendo prevalentemente mulheres (mais de 70%), demonstrou que entre os respondentes, 14,5% afirmaram que estavam em uso ou haviam utilizado o metilfenidato (Ritalina®). A mediana de idade foi 23 anos, e o uso mais frequente em estudante do curso de enfermagem e o menor uso no curso de fisioterapia. O consumo desse fármaco é descrito como doping intelectual, ou seja, responsável pelo rendimento acadêmico, mesmo que o uso dele possa trazer benefícios imediatos, podem acontecer eventos adversos como dor de cabeça, ansiedade, náusea, redução do apetite e dificuldade para dormir (MEINERS *et al.*, 2022).

Conforme Tovani, Santi e Trindade (2021) o uso de tranquilizantes e ansiolíticos teve maior prevalência estudantes de Enfermagem (14,15%) e, em seguida de Psicologia (13,64%). Demonstrando que os estudantes do curso de enfermagem estão entre os estudantes que mais fazem uso de psicofármacos.

Fica evidente que os universitários da área da saúde utilizam os psicofármacos com o intuito de amenizar a intensa demanda acadêmica. O consumo deles servem como uma forma de alívio ao sofrimento, tentativa de resuzir a ansiedade e para melhorar seu desempenho e qualidade do sono. O uso de sedativos geralmente objetiva amenizar sentimentos de tensão, fadiga, exaustão, estresse e ansiedade, aos quais estão expostos

diariamente e que acabam reduzindo sua capacidade de atender a demandas acadêmicas (TOVANI; SANTI; TRINDADE, 2021; SOUSA *et al.*, 2020). Porém o uso abusivo dessas medicações pode trazer dependência e tornar a pessoa tolerante, mas gradualmente o corpo vai necessitar de mais doses, tornando assim dependente (SOUSA *et al.*, 2020).

A partir do diagnóstico situacional obtido por meio da revisão de literatura sobre a temática entende-se que a utilização de TE em atividades de educação em saúde pode trazer benefícios ao processo educativo, possibilitando a formação técnica-científica, proporcionando assim a sistematização de uma assistência de qualidade (SILVA; PAIVA; VETTORI, 2022).

Portanto, a enfermagem além de atuar na assistência e gerência, atua também na educação através da promoção de saúde, pois são os principais profissionais de saúde envolvidos nesse processo de ensino-aprendizagem. De acordo com a Lei nº 7498/86, que regulamenta o exercício da profissão, art.11, inciso II define a educação em saúde como atividade de enfermagem exercida pelo enfermeiro visando sempre a melhoria da saúde para a população (SILVA; PAIVA; VETTORI, 2022).

O desenvolvimento das TE na área da saúde tem como finalidade auxiliar no processo de entendimento do conteúdo e melhorias na realização de procedimentos, cuidados, oferecer ajuda, e criar um diálogo com a comunidade (MOURA; NETO, 2020). As TE podem ser em formato de cartilhas, manuais, folders, folhetos, livros e jogos e afins. São um caminho para disseminar informações e conscientizar a população, pois assim é possível traçar alternativas para promover saúde com o envolvimento da população, tendo uma troca de conhecimentos, e também existe o envolvimento da família e cuidadores, que podem ler o material educativo quantas vezes quiser. Na prática da enfermagem essas tecnologias vêm sendo desenvolvidas em múltiplos formatos auxiliando na tomada de decisões com o paciente e auxiliando na promoção de saúde (NASCIMENTO *et al.*, 2023).

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

As informações obtidas com esse estudo são de extrema importância para os profissionais e instituições de ensino, pois podem indicar a necessidade de ofertar suporte emocional, apoio psicológico, e desta forma promovendo um ambiente acolhedor e saudável.

Nas instituições onde o cenário é a formação em saúde, a humanização deve ser o foco da aprendizagem, desta forma as ações de cuidado e acolhimento são de extrema importância, buscando sempre a promoção de estratégias que visem fortalecer a saúde mental e estrutura psíquica, além de apoiar o autoconhecimento dos acadêmicos.

Com a construção do folder objetiva-se estimular atitudes promotoras de cuidados na comunidade acadêmica de enfermagem, principalmente, reforçar o papel do enfermeiro frente às ações educativas e de promoção da saúde.

Sendo assim, considera-se importante que dentro da universidade trabalhe-se a temática sobre o uso racional de medicamentos com estudantes, usuários ou não, deixando-os informados sobre efeitos adversos, os riscos associados e que existem outros métodos terapêuticos para ajudar nessas situações de sofrimento mental como práticas integrativas e complementares, acolhimento, escuta qualificada, psicoterapia e grupos de apoio. Buscando desta forma, a promoção de um cuidado integral entre equipe multiprofissional desde a graduação.

REFERÊNCIAS

ANATOMICAL THERAPEUTIC CHEMICAL CLASSIFICATION SYSTEM. In: **ANATOMICAL THERAPEUTIC CHEMICAL CLASSIFICATION SYSTEM**. WHOCC, 23 jan. 2023. Disponível em https://www.whocc.no/atc_ddd_index/?code=N&showdescription=no. Acesso em 30 ago. 2023

BALAYSSAC, D.; PEREIRA, B. et al. Use of Psychotropic Medications and Illegal Drugs, and Related Consequences Among French Pharmacy Students-SCEP Study: A nationwide Cross-Sectional Study. **Front Pharmacol**, v.9, n.8, p. 725, 2018. Disponível em 10.3389/fphar.2018.00725. Acesso em 31 ago. 2023.

CARDOSO, L; MALBERGIER, A. A influência dos amigos no consumo de drogas entre adolescentes. **Estud. Psicologia**, v.3, n.1, p. 65-73, 2014. Disponível em <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/viewFile/1048/594>. Acesso em 31 ago. 2023.

COELHO, L.S da; TONY, A.C.C et al. Are symptoms of depression and anxiety in nursing students associated with their sociodemographic characteristics? **REBEn**, v. 74, p.1-7, 2020. Disponível em <https://www.scielo.br/rj/reben/a/f8Nc45JQhVhC9rswfTWptKF/?format=pdf&lang=en>. Acesso em 31 ago. 2023.

MARCHI, K.C; ALESSANDRA, M.B et al. Ansiedade e consumo de ansiolíticos entre estudantes de enfermagem de uma universidade publica. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.15, n.3, p1-9, 2013. Disponível em <https://doi.org/10.5216/ree.v15i3.18924>. Acesso em 31 ago. 2023.

MEINERS, K.C; ALESSANDRA, M.B et al. Ansiedade e consumo de ansiolíticos entre estudantes de enfermagem de uma universidade publica. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.15, n. 3, p.1-9, 2013. Disponível em <https://doi.org/10.5216/ree.v15i3.18924>. Acesso em 31 ago. 2023.

MOURA, D.C.N; PINTO, J.R et al. Uso abusivo de psicotrópicos pela demanda da estratégia saúde da família: revisão integrativa da literatura. **SANARE**, v.15, p. 136-44, n.2, 2016. Disponível em <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/viewFile/1048/594..> Acesso em 30 ago. 2023.

NASCIMENTO, N.G; PAES, L.V et al. Validação de tecnologia educacional para familiares/ cuidadores de pacientes oncológicos elegíveis aos cuidados paliativos no domicílio. **Rev. Min Enfermagem**, v.26, p. 1-9, 2023. Disponível em <http://10.0.139.115/2316-9389.2023.40756>. Acesso em 31 ago. 2023.

NESPOLI, G. The domains of Educational Technology in the field of healthcare. **Interface (Botucatu)**, v.17, p. 873-84, n. 47, 2013. Disponível em <https://www.scielo.br/j/icse/a/cK8NPzyP4KYpkM8hxVZ7cbx/?lang=pt..> Acesso em 31 ago. 2023.

RANG, H.P; DALE, M.M; RITTER, J.M; FLOWER, R.J; HENDERSON G. Rang & Dale. **Farmacologia**. 7ª Edição. Rio de Janeiro, Elsevier, 2012.808.p

REALES, N.A; FRANCO, G.A Substancias inhibidoras de sueno, hábitos de estudio y rendimento académico em estudiantes de medicina y enfermeira de universidades de la ciudad de Barraquilla, Colombia. **Elsevier, Educación Médica**, v.21, p. 306-12, n.5, Espanha-2018. Disponível em <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/viewFile/1048/594..> Acesso em 30 ago. 2023.

RIBEIRO, B.S; RODRIGUES, R.L.A, DUARTE, S.F.P. Prevalência e Fatores Associados com o Consumo de Benzodiazepínicos por Acadêmicos de Enfermagem e Farmácia de uma Faculdade Particular do Sudoeste da Bahia. Id online **Rev. Multi. Psic**, v.11, p. 166-76, n.38, 2017. Disponível em <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/viewFile/1048/594>. Acesso em 30 ago. 2023.

SILVA, R.C; PAIVA, E.D; VETTORI, T.N.B. Tecnologias educacionais e a educação na saúde: manejo de cateteres venosos centrais pelo enfermeiro. **Research, Society and Development**, v.11, n.5, p. 1-13, 2022. Disponível em <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i5.27952>. Acesso em 31 ago. 2023.

SOUSA, B.O.P; SOUZA, A.L.T et al. Estudantes de enfermagem: uso de medicamentos, substâncias psicoativas e condições de saúde. **REBEn**, v. 73, p. 1-9, 2020. Disponível em <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0003>. Acesso em 31 ago. 2023.

TEIXEIRA, E. Desenvolvimento de Tecnologia Cuidativo-Educacionais. 1ed. **Moriá Editora**, 2020. Porto Alegre-RS.

TOVANI, J.B.E; SANTI, L.J; TRINDADE, E.V. Use of psychotropic drugs by students from the health area: a comparative and qualitative analysis. **Revista de Educação Médica-RBEM**, v.3, n.45, p-1-10, 2021. Disponível em <https://doi.org/10.1590/1981-5271v45.3-20200485.ING>. Acesso em 31 ago. 2023.

ZORZANELLI, R.T; GIORDANI, F; GUARALDO, L. et al. Consumo do benzodiazepínico clonazepam (Rivotril®) no estado do Rio de Janeiro, brasil, 2009-2013: estudo ecológico. **Cienc. Saúde Coletiva**, v.4, p-3129-40, n.8, 2019. Disponível em <https://doi.org/10.1590/1413-81232018248.23232017>. Acesso em 30 ago. 2023.

SISTEMAS DE ENTREGA DE FÁRMACOS PARA ADMINISTRAÇÃO PELA MUCOSA RETAL

Data de aceite: 01/11/2023

Yasmim de Sousa Moura

Programa de pós-graduação em Ciências Farmacêuticas, Universidade Federal do Piauí, Teresina, Piauí.
<https://lattes.cnpq.br/8008146212302230>

Leonardo Guedes Rodrigues

Programa de pós-graduação em Ciências Farmacêuticas, Universidade Federal do Piauí, Teresina, Piauí.
<http://lattes.cnpq.br/2321044568945476>

Ivana Pereira Santos Carvalho

Programa de pós-graduação em Ciências Farmacêuticas, Universidade Federal do Piauí, Teresina, Piauí. <http://lattes.cnpq.br/3367820885169851>

André Luís Menezes Carvalho

Programa de pós-graduação em Ciências Farmacêuticas, Universidade Federal do Piauí, Teresina, Piauí. <http://lattes.cnpq.br/6874869711888371>

RESUMO: A administração retal refere-se à administração através do ânus. Essa via de administração é frequentemente usada quando o paciente não pode utilizar o medicamento por via oral ou quando o efeito desejado do medicamento é melhor

alcançado por absorção retal. Muitos fármacos que geralmente são usados por via oral também podem ser administrados por via retal. Embora essa abordagem possa ser impopular e desconfortável, ela desempenha um papel vital em certas condições clínicas. Diante disso, o presente estudo tem como objetivo verificar as evidências dispostas na literatura sobre os sistemas de entrega de fármacos desenvolvidos para administração retal. A busca foi realizada por meio de 2 plataformas de pesquisa: Embase e PubMed. Nesta revisão integrativa, foram incluídos 10 artigos após uma triagem refinada. As informações relevantes de cada estudo foram coletadas e expostas em uma tabela: autor(es), ano, sistema retal de entrega de fármaco, o fármaco utilizado no desenvolvimento do sistema e a aplicação. A partir da análise dos resultados dos estudos, foi possível constatar que apenas 3 artigos tinham direcionamento para a aplicação de forma local e os demais estudos tinham aplicações retais com efeitos sistêmicos. Além disso, observou-se que apesar de existirem estudos para a produção de sistemas retais de entrega de fármacos, esta ainda é uma área pouco explorada e com escassez de informações.

PALAVRAS-CHAVE: Administração retal; Sistemas de entrega de medicamentos; Desenvolvimento de medicamentos.

DRUG DELIVERY SYSTEMS FOR ADMINISTRATION THROUGH THE RECTAL MUCOSA

ABSTRACT: Rectal administration refers to administration through the anus. This route of administration is often used when the patient cannot take the medicine orally or when the desired effect of the medicine is better achieved by rectal absorption. Many medications that are usually taken by mouth can also be given rectally. While this approach may be unpopular and uncomfortable, it plays a vital role in certain clinical conditions. In view of this, the present study aims to verify how proven in the literature on drug delivery systems administered for rectal administration. The search was performed using 2 research platforms: Embase and PubMed. In this integrative review, 10 articles were included after a refined screening. Relevant information from each study was collected and displayed in a table: author(s), year, rectal drug delivery system, or drug used in system development and application. From the analysis of the results of the studies, it was possible to verify that only 3 articles were directed to the application locally and the other studies had rectal applications with systemic effects. In addition, it was observed that although there are studies for the production of retail drug delivery systems, this is still a little explored area and with scarce information.

KEYWORDS: Rectal administration; Drug delivery systems; Drug development.

1 | INTRODUÇÃO

A administração retal refere-se à administração através do ânus. Essa via de administração é frequentemente usada quando o paciente não pode utilizar o medicamento por via oral ou quando o efeito desejado do medicamento é melhor alcançado por absorção retal (PASTORE et al., 2015). Muitos fármacos que geralmente são usados por via oral também podem ser administrados por via retal na forma de supositórios (MAGNER, 2005). A via retal, também conhecida como P.R. (*per rectum*), envolve a administração de medicamentos na área retal (LEE et al., 2002). Embora essa abordagem possa ser impopular e desconfortável, ela desempenha um papel vital em certas condições clínicas (CASTRO TEJERA et al., 2022).

A origem histórica da administração retal de medicamentos pode ser rastreada até os tempos antigos. Os antigos egípcios, gregos e romanos são conhecidos por terem usado supositórios retais para vários fins médicos (PASTORE et al., 2015). Com o tempo, a compreensão da absorção retal de medicamentos melhorou, levando ao desenvolvimento de sistemas de administração retal de medicamentos mais eficientes e direcionados. Atualmente, a administração retal é amplamente utilizada para tratar a constipação intestinal e aliviar alguns sintomas (CASTRO TEJERA et al., 2022). No entanto, vale a pena notar que esta via de administração tem vantagens e desvantagens (LEE et al., 2002).

Dentre as várias vias empregadas para a administração de medicamentos, seja para

entregas direcionadas para exposição sistêmica ou localmente em um local específico do corpo, a via oral é considerada a mais conveniente. No entanto, os medicamentos que produzem toxicidades locais no trato gastrointestinal (TGI) ou os medicamentos instáveis no ambiente gástrico são incapazes de serem administrados por meio desse sistema convencional de administração oral de medicamentos (CHOUDHURY et al., 2017).

Diante disso, o presente estudo tem como objetivo verificar as evidências dispostas na literatura sobre os sistemas de entrega de fármacos desenvolvidos para administração retal.

1.1 Anatomia da mucosa retal

A mucosa retal é uma das camadas que compõem a parede do reto, a porção final do intestino grosso (figura 1). Essa camada é responsável por revestir a superfície interna do órgão e desempenhar funções cruciais no processo de digestão e eliminação de resíduos do corpo humano (HUSNOO; HARIKRISHNAN, 2023). A camada mais externa é o epitélio da mucosa retal que é constituído por células epiteliais especializadas. Esse tecido possui células altamente especializadas que facilitam a absorção de água e nutrientes dos alimentos parcialmente digeridos, que são passados para o sangue e, posteriormente, distribuídos por todo o corpo (BARLEBEN; STEVEN, 2010).

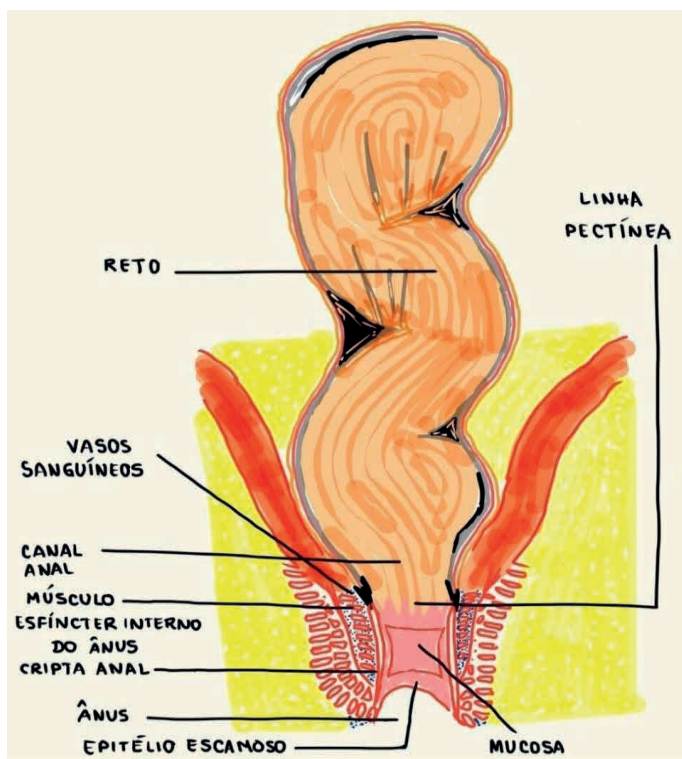


Figura 1 – Anatomia do sistema anorretal.

Fonte: autoria própria, 2023.

As criptas intestinais são pequenas depressões presentes na superfície da mucosa retal. Essas estruturas possuem glândulas produtoras de muco e enzimas digestivas, que auxiliam no processo de digestão e também formam uma camada protetora na superfície da mucosa, evitando a ocorrência de substâncias ácidas e outras agressões (HARRIES; TAYLOR, 2023). As vilosidades e microvilosidades são projeções microscópicas que aumentam significativamente a área de superfície disponível para a absorção de nutrientes. As vilosidades estão presentes nas criptas intestinais e possuem uma estrutura semelhante a dedos, enquanto as microvilosidades são extensões celulares ainda menores, presentes nas vilosidades. Essas estruturas permitem que uma quantidade maior de nutrientes seja recebida pelo organismo (DE-SOUZA et al., 2018).

O plexo venoso submucoso é uma rede de vasos sanguíneos presentes logo abaixo da camada da mucosa retal. Esses vasos têm um papel crucial na absorção dos nutrientes que foram processados no intestino, transportando-os para o sistema circulatório do corpo (MITTAL; TUTTLE, 2022).

1.2 Fisiologia da mucosa retal

Segundo Mittal e Tuttle (2022) a fisiologia do sistema retal é fundamental para o funcionamento adequado do processo digestivo e dos resíduos do corpo humano. O sistema retal é composto pelo reto, que é a porção final do intestino grosso, e o ânus, a abertura externa que permite a saída das fezes. Entre alguns aspectos importantes da fisiologia do sistema retal, constitui-se:

- **Armazenamento das fezes:** O reto tem a capacidade de expandir-se e armazenar as fezes temporariamente até que o momento adequado para a defecação descendente. As paredes do reto contêm músculos lisos que permitem essa expansão e contraem-se para manter as fezes no lugar até o momento da evacuação.
- **Reflexo da defecação:** Quando as fezes se acumulam no reto, as paredes desse órgão se distendem, e os receptores sensoriais presentes na mucosa retal detectam essa distensão. Esses receptores enviam sinais ao sistema nervoso central, que por sua vez desencadeiam o reflexo da defecação. Esse reflexo é uma resposta automática que inicia o processo de evacuação, e geralmente pode ser inibido voluntariamente até que as condições estejam presentes.
- **Controle voluntário:** O esfíncter anal é um músculo circular que envolve o ânus e atua como uma válvula de controle para a saída das fezes. Ele pode ser relaxado voluntariamente quando a pessoa decidir defecar, ou pode permanecer contraído para evitar a passagem das fezes até que o momento seja apropriado.
- **Mecanismo de evacuação:** Quando a decisão de defecar é tomada e esfíncter anal relaxa, os músculos abdominais contraem-se, aumentando a pressão intraabdominal.

Essa pressão empurra as fezes para fora do reto através do ânus.

- **Mucosa retal:** A mucosa retal, como mencionado anteriormente, possui glândulas que secretam muco para lubrificar as fezes e facilitar sua passagem. Além disso, essa camada é rica em terminações nervosas, tornando a região altamente sensível aos estímulos.
- **Controle nervoso:** A fisiologia do sistema retal é regulada por uma complexa rede de nervos conhecida como sistema nervoso entérico, muitas vezes referida como o “segundo cérebro”. Esse sistema nervoso localizado no trato gastrointestinal é capaz de coordenar várias funções digestivas, incluindo a motilidade intestinal e o controle dos reflexos de evacuação.

2 | METODOLOGIA

Este estudo é uma revisão integrativa da literatura baseada na pergunta de pesquisa: Quais são os tipos de sistemas de entrega desenvolvidos para administração pela mucosa retal? A partir dessa pergunta, foi seguido um fluxograma de quatro fases: estratégias para busca de dados, estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão, processo de extração dos dados obtidos e seleção dos dados incluídos.

2.1 Estratégias para busca de dados

Foi realizada uma pesquisa refinada para a busca dos estudos existentes que abordassem sobre desenvolvimento de sistemas de entrega de medicamentos e/ou fármacos para serem administrados pela mucosa retal. A literatura reunida para esta revisão foi obtida de três bancos de dados eletrônicas: Embase e PubMed. A estratégia para a definição das palavras-chaves e descritores foi efetuada por meio da: identificação de palavras-chaves considerando a questão de pesquisa; uso dos operadores booleanos “AND” e “OR”. A busca foi conduzida utilizando descritores pré-determinadas e suas combinações:

- PubMed - Medical Subjects Headings (MeSH):

(“Administration, Rectal”[Mesh]) AND “Nanoparticles”[Mesh]

((“Administration, Rectal”[Mesh]) AND “Administration, Topical”[Mesh]) AND “Mucous Membrane”[Mesh]

- Embase - Emtree (Embase subject headings):

‘rectal drug administration’/exp AND ‘nanoparticle’/exp

‘rectal drug administration’/exp AND ‘topical drug administration’/exp AND ‘mucosa’/exp

2.2 Estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão

Nesta revisão, foram incluídos artigos de pesquisa original entre 2013 e 2023 e

todos os idiomas em que fossem desenvolvidos sistemas de entrega de medicamentos e/ou fármacos para serem administrados pela mucosa retal. E os critérios estabelecidos para exclusão dos artigos foram: quando não abordassem sobre o tema pré-estabelecido, quando o estudo abordava sobre mais de uma via de administração, quando os sistemas de entrega não fossem desenvolvidos com medicamentos e/ou fármacos, os que não possuíam acesso ao texto completo, revisões, capítulos de livros, enciclopédias, short communication, resumo de conferência, bibliografia e índice.

2.3 Processo de extração dos dados obtidos

O processo de extração dos resultados da pesquisa da literatura foi realizado nos meses de junho e julho de 2023 com o auxílio da ferramenta Rayyan®, essa ferramenta foi desenvolvida pelo QCRI (Qatar Computing Research Institute) com o objetivo de auxiliar a construção de revisões e também possibilitou a exclusão automática de duplicatas dos três bancos de dados eletrônicos pesquisados.

2.4 Seleção dos dados incluídos

Inicialmente, foi realizada a seleção preliminar, a partir da leitura de títulos e resumos, para excluir os artigos que não atendiam aos critérios de inclusão. Posteriormente, esses artigos pré-selecionados foram lidos e analisados na íntegra para incluir nesta revisão somente os artigos que se enquadrassem nos requisitos estabelecidos.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Através da busca realizada nos bancos de dados eletrônicos, foram identificados um total de 299 artigos: 107 no Embase e 192 no PubMed. Destes, 48 eram duplicados e foram excluídos. Após essa exclusão, permaneceram um total de 251 artigos. Após a leitura dos títulos e resumos para a seleção preliminar dos artigos, apenas 20 artigos seguiram para a leitura e avaliação do texto completo. Após a leitura dos textos na íntegra, 10 artigos foram incluídos para a confecção dessa revisão integrativa, como é possível observar na figura 2.

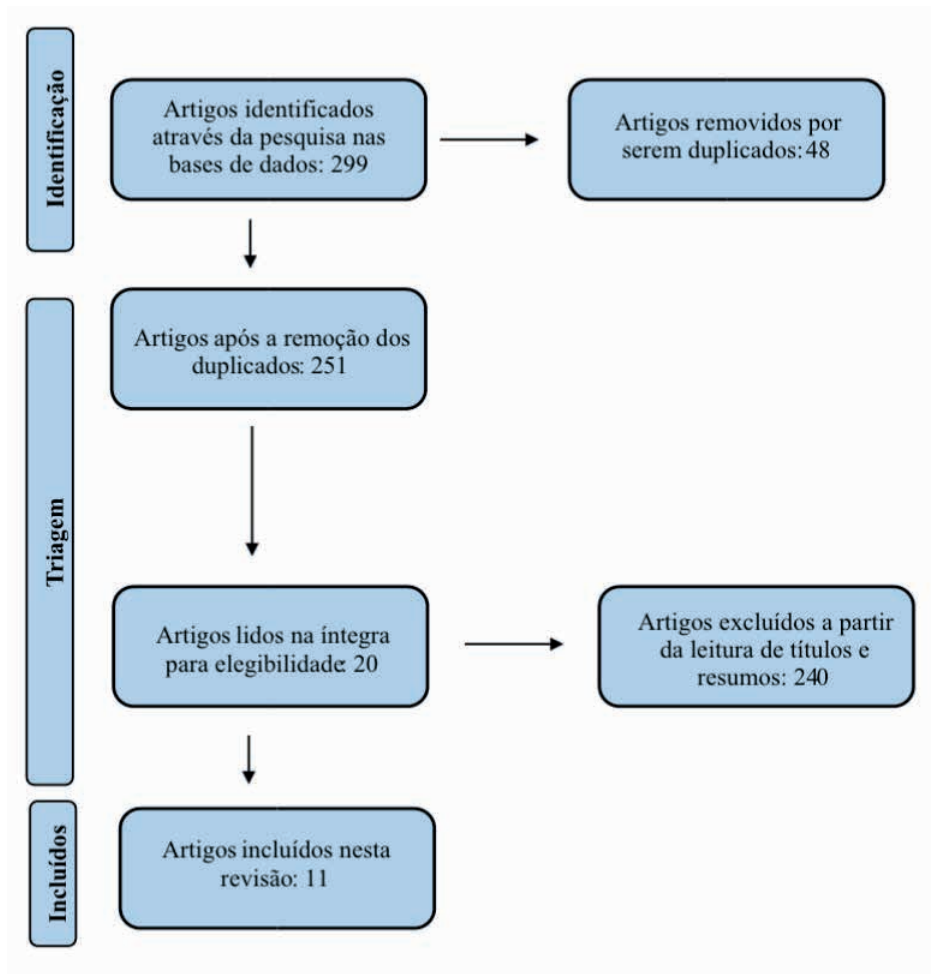


Figura 2 – Fluxograma de quatro fases com os dados quantitativos de cada etapa.

Fonte: autoria própria, 2023.

Autor(es), ano	Sistema retal de entrega de fármaco	Fármaco	Aplicação
(EL-SONBATY et al., 2020)	Supositório líquido termossensível	Cloridrato de metoclopramida	Náuseas e vômitos induzidos por quimioterapia
(IVANOVA et al., 2019)	Microesponjas dispersas em gel	Cloridrato de diltiazem	Fissura anal crônica
(MELO et al., 2019)	Enema termossensível com nanopartículas poliméricas	Dapivirina	Antirretroviral para profilaxia
(LIU et al., 2018)	Gel <i>in situ</i> termossensível em base de dispersões sólidas	Ibuprofeno	Alternativa para aumentar sua biodisponibilidade e reduzir os eventos adversos
(DIN et al., 2017)	Nanopartículas lipídicas sólidas termossensíveis	Irinotecano	Câncer de reto
(MOAWAD; ALI; SALEM, 2017)	Gel termossensível carregados com nanotransferossomas	Cloridrato de tizanidina	Espasmos musculares involuntários
(DIN et al., 2015)	Nanopartículas lipídicas sólidas termossensíveis	Flurbiprofeno	Forma de dosagem redução de eventos adversos alternativa para a
(BAN; KIM, 2013)	Supositório líquido termossensível mucoadesivo	Ondansetrone	Êmese em pacientes com dificuldade para deglutir
(LO; LIN; LIN, 2013)	Supositórios líquidos e sólidos termogelificantes e mucoadesivos	Epirrubicina	Câncer de cólon
(MOHAMED et al., 2013)	Nanopartículas lipídicas sólidas incorporadas em supositórios	Cloridrato de metoclopramida	Náuseas e vômitos
(WANG et al., 2013)	Enema gelificante <i>in situ</i>	5-Fluorouracil	Câncer de reto

Tabela 1 – Informações dos artigos incluídos na revisão: autor(es), ano, sistema retal de entrega de fármaco, o fármaco utilizado no desenvolvimento do sistema e a aplicação.

Fonte: autoria própria, 2023.

A partir da análise global dos artigos selecionados na tabela 1, pode-se observar que dos 10 artigos incluídos nessa revisão, apenas 3 artigos tinham direcionamento para a aplicação de forma local, ou seja, tópica, onde 2 destes tratava-se sobre a produção de uma formulação focada no câncer de reto e 1 sobre fissuras anais crônicas. Os demais estudos tinham aplicações retais com efeitos sistêmicos, tratar náuseas e vômitos, superar desvantagens de formulações convencionais como, biodisponibilidade, efeitos adversos, liberação não controlada, também pode ser observado na tabela 1 aplicações no tratamento de câncer de cólon e de espasmos musculares involuntários. Esses dados corroboram com

as informações disponíveis sobre a vida de administração retal ser uma via, em grande parte dos casos, de utilização de forma alternativa, em casos clínicos onde outras vias, como por exemplo a via oral, não podem ser utilizadas.

3.1 Sistemas retais de entrega de fármacos

A mucosa retal é capaz de absorver muitos fármacos, tornando-se uma via eficaz de administração (CASTRO TEJERA et al., 2022). Alguns medicamentos retais comumente usados incluem supositórios, enemas e géis retais. Essas preparações podem conter drogas como analgésicos, antieméticos, antipiréticos e anticonvulsivantes (BARLEBEN; STEVEN, 2010). Ao usar a via retal, os profissionais de saúde podem fornecer aos pacientes os medicamentos necessários, mesmo quando a administração oral não é viável (MAGNER, 2005).

3.1.1 Supositórios líquidos e sólidos

O supositório convencional é uma forma de dosagem retal tradicional favorável para crianças e pacientes não cooperativos. Uma das principais desvantagens dos supositórios é o vazamento do local de ação à medida que derretem nas cavidades. Além disso, essas vias causam uma sensação de desconforto e recusa por parte dos pacientes, diminuindo assim a adesão do paciente (JANNIN et al., 2014).

Uma alternativa para isso é o supositório líquido que se apresenta como uma solução à temperatura ambiente, portanto, pode ser administrado facilmente com um aplicador adequado, mas à temperatura corporal, gelifica instantaneamente no reto e adere à membrana mucosa. Um importante critério de elegibilidade do sistema é a bioadesividade adequada para não vazar do ânus após a administração (YEO et al., 2013).

Ban e Kim (2013) e El-Sonbaty et al. (2020) desenvolveram supositórios líquidos termossensíveis mucoadesivos de ondansetrona e cloridrato de metoclopramida, respectivamente. Quando comparados às formulações convencionais, os resultados farmacocinéticos demonstraram aumento na biodisponibilidade relativa indicando que ultrapassou o metabolismo de primeira passagem e não produziram danos morfológico aos tecidos retais.

Lo, Lin e Lin (2013) desenvolveram formulações de supositórios líquidos e sólidos termogelificantes e bioadesivos de epirrubina voltados para o tratamento de câncer de cólon. O estudo farmacocinético *in vivo* realizado pelos pesquisadores usando ratos mostrou que após a administração retal de supositórios sólidos e líquidos, apresentou maior biodisponibilidade relativa do que em solução retal. Estes supositórios sólidos e líquidos exibiram notável inibição no crescimento tumoral de camundongos Balb/c portadores de CT26 *in vivo*.

3.1.2 Microesponjas

O sistema de entrega de microesponjas foi criado em 1987 com o intuito de possuir características que fossem capazes de superar as desvantagens presentes nas microesferas clássicas (WON, 1987). As microesponjas são constituídas por partículas esféricas esponjosas reticuladas que possuem uma superfície porosa e têm sido utilizadas principalmente para aplicações tópicas e até mesmo para administração oral (SRIVASTAVA; PATHAK, 2012; KUMARI et al., 2016).

Géis contendo cloridrato de diltiazem aprisionados em microesponjas foram desenvolvidas por Ivanova et al. (2019) com a finalidade de tratar fissuras anais crônicas e contornar efeitos adversos como prurido anal e hipotensão postural. Os resultados mostraram uma liberação prolongada até 24 h, os testes de permeação demonstraram retenção do fármaco no tecido da mucosa após 24 h até 18% maior quando comparado com os géis convencionais de cloridrato de diltiazem a 2%, nos estudos de deposição de drogas após aplicação em mucosa retal suína, uma concentração do fármaco duas vezes maior do que a exibida pelas formulações convencionais.

3.1.3 Nanopartículas Lipídicas Sólidas (NLS)

As NLS foram desenvolvidas com o intuito de ser um sistema alternativo de encapsulamento de substâncias ativas em relação aos sistemas coloidais tradicionais, como os lipossomas, emulsões e nanopartículas poliméricas (KUMAR et al., 2012). As NLS são dispersões coloidais, de tamanho nanométrico e sua matriz é composta com lípidios sólidos à temperatura ambiente dispersos em um meio aquoso e estabilizados por surfactantes. Elas apresentam vantagens como estabilidade físico-química, a viabilidade de incorporar compostos ativos hidrofílicos e lipofílicos, fornecem uma liberação controlada e/ou prolongada, possuem baixa toxicidade. Além disso, a indústria farmacêutica tem demonstrado grande interesse nas NLS, pois podem ser produzidas em larga escala sem a utilização de solventes orgânicos (WEBER; ZIMMER; PARDEIKE, 2014; NASERI, VALIZADEH; ZAKERI-MILANI, 2015; GORDILLO-GALEANO; MORA-HUERTAS, 2018).

Mohamed e colaboradores (2013) desenvolveram um sistema de NLS de cloridrato de metoclopramida e as incorporou em bases de supositórios com o objetivo de ser uma alternativa para tratamento com dose única de náuseas e vômitos induzidos pela quimioterapia. As nanopartículas apresentaram uma faixa de tamanho de 24,99 a 396,8 nm, liberação *in vitro* de 80%, além disso, a formulação também apresentou um efeito antiemético sustentado, enquanto que o supositório convencional disponível no mercado, não apresentou essa capacidade.

Din et al. (2015) desenvolveram um hidrogel termossensível reverso carregado com NLS para administração retal de flurbiprofeno com a finalidade de melhorar biodisponibilidade e reduzir o efeito de explosão inicial, elas apresentaram o tamanho médio de partícula de

cerca de 190 nm e eficiência de aprisionamento de cerca de 90%. Esse sistema era um sólido à temperatura ambiente e tornava-se líquida à temperatura fisiológica, facilitando a inserção por via retal. Além disso, não foi observado nenhum dano na mucosa retal após a aplicação da formulação.

Din et al. (2017) produziram um sistema nanocarreador termossensível reverso duplo com irinotecano encapsulado para administração retal como uma alternativa da via intravenosa para o tratamento de câncer no reto, o sistema nanocarreador utilizado foram as NLS. Foi observado que quando comparado ao hidrogel convencional e a solução administrada por via intravenosa, o sistema nanocarreador foi capaz de retardar a dissolução e a concentração plasmática inicial, além de fornecer uma liberação sustentada e não ter induzido danos ao reto e nenhuma perda de peso corporal nos animais portadores do tumor.

3.1.4 *Gel termossensível*

Os géis termossensíveis são formas farmacêuticas que em temperatura ambiente são na forma líquida e a partir do momento que são administrados e entram em contato com a temperatura fisiológica transformam-se em gel sendo uma vantagem significativa, são de fácil administração e possuem uma mucoadesividade aos tecidos retais (YUAN et al., 2012; CAO et al., 2007).

Liu et al. (2018) desenvolveram gel *in situ* termossensível baseado em dispersão sólida para administração retal de ibuprofeno com o objetivo de produzir uma forma farmacêutica alternativa superando as desvantagens da formulação convencional de supositórios sólidos. Os resultados desse estudo demonstraram através da farmacocinética *in vivo* o gel *in situ* tinha um pico de concentração plasmática mais elevados no plasma quando comparado ao supositório sólido, além disso, a histopatologia mostrou que o gel administrado na dose de 15 mg/kg não induziu nenhuma irritação na mucosa retal.

Outro gel *in situ* termossensível carregado com nanotransfersomas como um sistema de entrega retal de cloridrato de tizanidina foi desenvolvido por Moawad, Ali e Salem (2017). O estudo farmacocinético realizado mostrou que o sistema transfersômica aumentou sucessivamente a biodisponibilidade em cerca de 2,18 vezes e aumentou o tempo de meia-vida em cerca de 10 h em comparação com a solução oral.

3.1.5 *Enemas*

O enema é uma das formas farmacêuticas mais antigas e seu uso é predominantemente visto como a abordagem mais simples para estimular a evacuação das fezes e com isso promover amenizar a constipação, além de ser muito utilizado em idosos com casos constipação severa e em situações clínicas de preparação para cirurgia intestinal. Em contrapartida, uma desvantagem muito significativa é a perfuração visceral

que pode levar ao óbito do indivíduo (HUSSAIN; WHITEHEAD; LACY, 2014; PORTALATIN; WINSTEAD, 2012).

Wang et al. (2013) desenvolveram um enema gelificante bioadesivo *in situ* com 5-Fluorouracil, essa formulação mostrou níveis significativamente mais altos de 5-Fluorouracil no tecido retal em comparação com supositórios e administração intravenosa, o que, segundo os pesquisadores, indica que ele pode ser bem absorvido devido à área de liberação aumentada, maior tempo de retenção e maior quantidade de ingredientes ativos dissolvidos. Melo et al. (2019) também desenvolveram um enema, nesse caso com nanopartículas poliméricas contendo dapivirina e os resultados do estudo *in vitro* mostraram que essa formulação de dapivirina mostrou uma liberação mais rápida em comparação com a dapivirina dispersa em solução salina tamponada ou na base de enema termossensível, além de uma distribuição mais lenta, mas globalmente mais ampla, e uma retenção melhorada no cólon distal de camundongos.

3.2 Mecanismos de absorção de fármacos pela mucosa retal

A mucosa retal desempenha um papel crucial na absorção de drogas administradas por via retal. A anatomia da mucosa retal é projetada para facilitar a absorção do fármaco. O reto é revestido por uma mucosa altamente vascularizada que contém numerosos vasos sanguíneos que permitem a rápida absorção de drogas no sangue (LEE et al., 2002). Além disso, a mucosa retal possui uma grande área de superfície, o que oferece amplas oportunidades para que as moléculas do fármaco entrem em contato com a superfície de absorção (PASTORE et al., 2015).

Vários fatores afetam a absorção do fármaco pela mucosa retal. O pH do ambiente retal, a lipossolubilidade do fármaco e a presença de enzimas na mucosa retal afetam a absorção do fármaco (MITTAL; TUTTLE, 2022). O pH do reto é levemente ácido, o que afeta a ionização das drogas e sua capacidade de atravessar a barreira mucosa (BARLEBEN; STEVEN, 2010). Drogas lipossolúveis tendem a ser mais facilmente absorvidas pela mucosa retal porque penetram facilmente nas membranas celulares (LEE et al., 2002). Enzimas presentes na mucosa retal também podem metabolizar certos fármacos, afetando sua absorção e biodisponibilidade (CASTRO TEJERA et al., 2022). Portanto, entender esses fatores é fundamental para projetar formulações de medicamentos retais para absorção ideal.

A absorção do fármaco pela mucosa retal pode ocorrer por diversas vias. A via mais comum é a difusão passiva, na qual as moléculas do fármaco atravessam passivamente a barreira mucosa e entram na corrente sanguínea (PASTORE et al., 2015). Outras vias de absorção incluem transporte ativo (no qual transportadores específicos facilitam o movimento da droga através da mucosa) e endocitose (na qual a droga é engolfada pelas células da mucosa e transportada para o sangue (MITTAL; TUTTLE, 2022). A escolha da via depende das propriedades físico-químicas do fármaco e da formulação específica

utilizada (BARLEBEN; STEVEN, 2010).

3.3 Aplicações e considerações sobre a administração retal de medicamentos

Em grande parte dos casos, a via de administração retal oferece uma alternativa para pacientes incapazes de utilizar medicamentos orais, além de poder fornecer efeitos diretamente na mucosa ou até efeitos sistêmicos (PASTORE et al., 2015). Uma das vantagens da administração retal é que ela contorna o metabolismo de primeira passagem no fígado, permitindo um início de ação mais rápido (BARLEBEN; STEVEN, 2010). Levando-se em consideração essa vantagem Din et al. (2015), Moawad; Ali e Salem (2017) e Liu et al. (2018) desenvolveram sistemas retais de entregas de fármacos com o objetivo de serem uma alternativa para aumentar sua biodisponibilidade contornando o metabolismo de primeira passagem, reduzir os eventos adversos e melhorar o início de ação de modo mais rápido.

Além disso, a via pode ser útil quando a administração oral não é viável, como em casos de náuseas, vômitos ou inconsciência. Como foi observado nos estudos de Ban e Kim, (2013), Mohamed et al. (2013) e El-Sonbaty et al. (2020) direcionados para náuseas e vômitos. No entanto, a administração retal também tem desvantagens. Pode ser desconfortável para o paciente e pode causar irritação da mucosa retal (MITTAL; TUTTLE, 2022). A absorção do fármaco também pode ser irregular ou incompleta, resultando em alterações na concentração do fármaco na corrente sanguínea (CASTRO TEJERA et al., 2022). Apesar dessas desvantagens, a administração retal continua sendo uma opção importante em certos ambientes clínicos.

Ao considerar a administração retal, é importante levar em consideração as considerações do paciente e a técnica adequada. Os pacientes que podem se beneficiar da administração retal incluem aqueles com disfagia, náuseas ou vômitos ou distúrbios gastrointestinais (MAGNER, 2005). A técnica retal envolve a inserção da droga no reto usando um supositório ou enema. O posicionamento adequado do paciente e a técnica asséptica devem ser seguidos para minimizar o risco de infecção (PASTORE et al., 2015). É fundamental também considerar a preferência do paciente, conforto e capacidade de reter medicamentos (MITTAL; TUTTLE, 2022). A educação e a comunicação adequadas do paciente são essenciais para garantir a administração retal bem-sucedida do medicamento.

Embora a administração retal possa ser um método útil, é importante destacar as considerações de segurança e possíveis efeitos colaterais. A via retal de administração contorna o metabolismo de primeira passagem no fígado, levando ao aumento da biodisponibilidade de algumas drogas (MAGNER, 2005). No entanto, algumas drogas podem causar irritação ou danos à mucosa retal, levando a efeitos colaterais locais, como desconforto retal, irritação ou sangramento (LEE et al., 2002).

3.4 Distúrbios patológicos relacionados à mucosa retal

A fisiopatologia do sistema retal refere-se ao estudo das alterações ou desordens que afetam o funcionamento normal do reto e do ânus, levando a condições patológicas e sintomas associados. Algumas das principais condições que podem afetar o sistema retal incluem (AMIDON; BROWN; DAVE, 2015; SNEIDER; MAYKEL, 2013; AVSAR; KESKIN, 2010):

- Hemorroidas: São veias dilatadas e inflamadas no ânus ou reto. As hemorroidas podem causar dor, coceira, sangramento e desconforto durante a evacuação.
- Fissuras anais: São pequenas rupturas ou feridas na pele ao redor do ânus, geralmente causadas por passagem de fezes endurecidas. Podem causar dor intensa e sangramento durante a defecação.
- Abscesso anal: É uma infecção localizada no tecido ao redor do ânus ou reto, que causa inchaço, vermelhidão e dor intensa na região.
- Doença inflamatória intestinal: Engloba condições como a colite ulcerativa e a doença de Crohn, que são doenças crônicas que causam inflamação no intestino, incluindo o reto. Os sintomas incluem diarreia, dor abdominal, sangramento retal e perda de peso.
- Prolapso retal: Ocorre quando parte do reto se projeta para fora do ânus, causando dor e dificuldade para evacuar.

3.5 Perspectivas futuras

Além dos sistemas convencionais de administração retal como supositórios, géis/cremes, enemas, os novos sistemas de entrega retal de fármacos já estão sendo estudados e desenvolvidos ao longo dos anos, dentre esses sistemas estão micelas poliméricas, nanopartículas, microesferas e lipossomas. A produção de formulações baseadas em nanotecnologia é capaz de oferecer diversas vantagens gerando possibilidades de contornar as características inconvenientes intrínsecas dessa via de administração (PAREKH et al., 2012; RATHI et al., 2022).

Os sistemas nanotecnológicos melhoram a solubilidade e protege o fármaco da degradação e, com isso, aumentam a eficácia terapêutica de drogas insolúveis, aumentam a biodisponibilidade do fármaco, retenção prolongada, liberação controlada, redução dos eventos adversos (RACHMAWATI et al., 2017; MOQEJWA et al., 2022). Atualmente, várias formulações destinadas à administração retal já chegaram a fase clínica de testes do medicamento e outros já até realizaram essa etapa, isso indica que esses sistemas estão sendo cada vez mais pesquisados e otimizados com o objetivo de chegar à fase clínica de testes e, futuramente, estejam disponíveis no mercado para utilização (RATHI et al., 2022).

4 | CONCLUSÃO

Diante disso, observou-se que os sistemas produzidos para a administração pela via retal são capazes de fornecer uma alternativa potencial para a entrega de fármacos através das vantagens que essa via possui, contornando o metabolismo de primeira passagem, aumentando a biodisponibilidade dos fármacos, produzindo formulações que gerem menos desconfortos aos pacientes e, consequentemente, aumentam a adesão ao tratamento. Além disso, foi possível notar que apesar de existirem estudos para a produção de sistemas retais de entrega de fármacos e avanços com pesquisas na área de nanotecnologia, esta ainda é uma área pouco explorada e com escassez de informações.

REFERÊNCIAS

- AMIDON, S.; BROWN, J. E.; DAVE, V. S. Colon-targeted oral drug delivery systems: design trends and approaches. **Aaps Pharmscitech**, v. 16, p. 731-741, 2015.
- AVSAR, A. F.; KESKIN, H. L. Haemorrhoids during pregnancy. **Journal of Obstetrics and Gynaecology**, v. 30, n. 3, p. 231-237, 2010.
- BAN, E.; KIM, C. K. Design and evaluation of ondansetron liquid suppository for the treatment of emesis. **Archives of pharmacal research**, v. 36, p. 586-592, 2013.
- BARLEBEN, A.; MILLS, S. Anorectal anatomy and physiology. **The Surgical clinics of North America**, v. 90, n. 1, p. 1-15, 2010.
- CAO, Yanxia et al. Poli (N-isopropilacrilamida)-quitosana como sistema formador de gel in situ termossensível para administração ocular de medicamentos. **Jornal de liberação controlada**, v. 120, n. 3, pág. 186-194, 2007.
- CASTRO TEJERA, Valeria, et al. Randomised clinical trial and meta-analysis: mesalazine treatment in irritable bowel syndrome—effects on gastrointestinal symptoms and rectal biomarkers of immune activity. **Alimentary Pharmacology & Therapeutics**, v. 56, n. 6, p. 968-979, 2022.
- CHOUDHURY, Hira et al. Pharmacokinetic and pharmacodynamic features of nanoemulsion following oral, intravenous, topical and nasal route. **Current pharmaceutical design**, v. 23, n. 17, p. 2504-2531, 2017.
- DE SOUZA, A. et al. Promising nanotherapy in treating leishmaniasis. **International Journal of Pharmaceutics**, v. 547, n. 1-2, p. 421-431, 2018.
- DIN, Fakhar ud, et al. Novel dual-reverse thermosensitive solid lipid nanoparticle-loaded hydrogel for rectal administration of flurbiprofen with improved bioavailability and reduced initial burst effect. **European Journal of Pharmaceutics and Biopharmaceutics**, v. 94, p. 64-72, 2015.
- DIN, Fakhar ud, et al. Irinotecan-encapsulated double-reverse thermosensitive nanocarrier system for rectal administration. **Drug Delivery**, v. 24, n. 1, p. 502-510, 2017. EL-SONBATY, Mahmoud M., et al. Mucoadhesive thermoreversible formulation of metoclopramide for rectal administration: a promising strategy for potential management of chemotherapy-induced nausea and vomiting. **Pharmaceutical Development and Technology**, v. 25, n. 5, p. 535-546, 2020.

GORDILLO-GALEANO, A.; MORA-HUERTAS, C.E. Solid lipid nanoparticles and nanostructured lipid carriers: A review emphasizing on particle structure and drug release.

European Journal of Pharmaceutics and Biopharmaceutics, v. 133, p. 285-308, 2018. HARRIES, R. L.; TAYLOR, G. Clinical, radiological and physiological assessment of anorectal function. **Surgery (Oxford)**, v. 41, n. 7, p. 405–410, 1 jul. 2023.

HUSNOO, N.; HARIKRISHNAN, A. Benign anorectal conditions: perianal abscess, fistula in ano, haemorrhoids, fissures and pilonidal sinus. **Surgery (Oxford)**, v. 41, n. 7, p. 429–435, 1 jul. 2023.

HUSSAIN, Z. H.; WHITEHEAD, D. A.; LACY, B. E. Fecal impaction. **Current gastroenterology reports**, v. 16, p. 1-7, 2014.

IVANOVA, Nadezhda A., et al. *In vitro* and ex vivo studies on diltiazem hydrochloride- loaded microsponges in rectal gels for chronic anal fissures treatment. **International Journal of Pharmaceutics**, v. 557, p. 53-65, 2019.

JANNIN, Vincent et al. Rectal route in the 21st Century to treat children. **Advanced drug delivery reviews**, v. 73, p. 34-49, 2014.

KUMAR, Sandeep, et al. Nanotechnology as Emerging Tool for Enhancing Solubility of Poorly Water-Soluble Drugs. **Bionanoscience**, v. 2, n. 4, p. 227-250, 2012.

KUMARI, Amrita, et al. Microsponges: a pioneering tool for biomedical applications. **Critical Reviews™ in Therapeutic Drug Carrier Systems**, v. 33, n. 1, p. 77-105, 2016.

LEE, Chi H., et al. Effects of chelating agents on the rheological property of cervical mucus. **Contraception**, v. 65, n. 6, p. 435-440, 2002.

LIU, Y.; WANG, X.; LIU, Y.; DI, X. Thermosensitive in situ gel based on solid dispersion for rectal delivery of ibuprofen. **Aaps Pharmscitech**, v. 19, p. 338-347, 2018.

LO, YU-LI; LIN, YIJUN; LIN, HONG-RU. Evaluation of epirubicin in thermogelling and bioadhesive liquid and solid suppository formulations for rectal administration. **International Journal of Molecular Sciences**, v. 15, n. 1, p. 342-360, 2013.

MAGNER, L. N. **A History of Medicine**. Taylor & Francis Group: Boca Raton, 2 ed., 2005.

MELO, M.; NUNES, R.; SARMENTO, B.; DAS NEVES, J. Colorectal distribution and retention of polymeric nanoparticles following incorporation into a thermosensitive enema. **Biomaterials science**, v. 7, n. 9, p. 3801-3811, 2019.

MITTAL, R. K.; TUTTLE, L. J. Anorectal Anatomy and Function. **Gastroenterology Clinics of North America**, v. 51, n. 1, p. 1–23, 1 mar. 2022.

MOAWAD, F. A.; ALI, A. A.; SALEM, H. F. Nanotransfersomes-loaded thermosensitive in situ gel as a rectal delivery system of tizanidine HCl: preparation, in vitro and in vivo performance. **Drug delivery**, v. 24, n. 1, p. 252-260, 2017.

MOHAMED, R. A.; ABASS, H. A.; ATTIA, M. A.; HEIKAL, O. A. Formulation and evaluation of metoclopramide solid lipid nanoparticles for rectal suppository. **Journal of Pharmacy and Pharmacology**, v. 65, n. 11, p. 1607-1621, 2013.

MOQEJWA, Thope, et al. Development of stable nano-sized transfersomes as a rectal colloid for enhanced delivery of cannabidiol. **Pharmaceutics**, v. 14, n. 4, p. 703, 2022. NASERI, N.; VALIZADEH, H.; ZAKERI-MILANI, P. Solid lipid nanoparticles and nanostructured lipid carriers: structure, preparation and application. **Adv Pharm Bull**. v. 5, n. 3, p. 305–313, 2015.

PAREKH, Hejal B., et al. Novel insitu polymeric drug delivery system: a review. **Journal of drug delivery and therapeutics**, v. 2, n. 5, 2012.

PASTORE, Michael N., et al. Transdermal patches: history, development and pharmacology. **Br J Pharmacol**, v. 172, n. 9, p. 2179-209, 2015.

PORTALATIN, M.; WINSTEAD, N. Medical management of constipation. **Clinics in colon and rectal surgery**, v. 25, n. 01, p. 012-019, 2012.

RACHMAWATI, Heni, et al. Multiple functions of D- α -tocopherol polyethylene glycol 1000 succinate (TPGS) as curcumin nanoparticle stabilizer: in vivo kinetic profile and antiulcerative colitis analysis in animal model. **Pharmaceutics**, v. 9, n. 3, p. 24, 2017. RATHI, Ritu, et al. Advancements in Rectal Drug Delivery Systems: Clinical Trials, and Patents Perspective. **Pharmaceutics**, v. 14, n. 10, p. 2210, 2022.

SNEIDER, Erica B.; MAYKEL, Justin A. Anal abscess and fistula. **Gastroenterology Clinics**, v. 42, n. 4, p. 773-784, 2013.

SRIVASTAVA, R.; PATHAK, K. Microsponges: a futuristic approach for oral drug delivery. **Expert opinion on drug delivery**, v. 9, n. 7, p. 863-878, 2012.

WANG, L. L.; ZHENG, W. S.; CHEN, S. H.; FANG, X. Q. Development of in situ gelling and bio adhesive 5-fluorouracil enema. **Plos one**, v. 8, n. 8, p. e71037, 2013.

WEBER, S.; ZIMMER, A.; PARDEIKE, J. Solid Lipid Nanoparticles (SLN) and

Nanostructured Lipid Carriers (NLC) for pulmonary application: a review of the state of the art. **Eur J Pharm Biopharm**, v. 86, n. 1, p. 7-22, 2014.

WON, Richard. Method for delivering an active ingredient by controlled time release utilizing a novel delivery vehicle which can be prepared by a process utilizing the active ingredient as a porogen. **U.S. Patent No** 4,690,825, 1987.

YEO, Woo Hyun, et al. Docetaxel-loaded thermosensitive liquid suppository: optimization of rheological properties. **Archives of pharmacal research**, v. 36, p. 1480-1486, 2013. YUAN, Yuan, et al. Thermosensitive and mucoadhesive *in situ* gel based on poloxamer as new carrier for rectal administration of nimesulide. **International Journal of Pharmaceutics**, v. 430, n. 1-2, p. 114-119, 2012.

EDUCAÇÃO EM SAÚDE COMO POTÊNCIA PARA A MELHORIA DO BEM-ESTAR HUMANO

Data de aceite: 01/11/2023

Tatiana Almeida Couto

Doutora em Ciências da Saúde pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Jequié, Bahia, Brasil. Docente do Curso de Enfermagem no Centro Universitário de Ciências e Empreendedorismo (Santo Antônio de Jesus- Bahia), no Curso de Bacharelado Interdisciplinar em Saúde na Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (Santo Antônio de Jesus- Bahia) e no Curso de Medicina, na Faculdade Atenas (Valença-Bahia).

Sérgio Donha Yarid

Docente do Curso de Graduação em Odontologia, Professor Permanente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Jequié, Bahia, Brasil.

estudo trata-se de uma revisão de literatura realizada em 2020, na Biblioteca Virtual em Saúde, Banco de Teses da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Ensino Superior e Portal Pubmed com estudos no período de 2015 a 2019 e os descritores: “educação em saúde”, “formação”, “enfermagem”, bem como citações de livros clássicos e documentos ministeriais. Compreende-se a educação em saúde na prática profissional, desde o resgate histórico dessa atuação como inerente aos Enfermeiros, bem como os componentes curriculares e vivências extracurriculares sobre educação em saúde durante a graduação, para além dos componentes obrigatórios e/ou optativos. Sendo válido ressaltar, que objetivando garantir aos usuários e família a melhoria do seu bem-estar, é preciso a análise constante do processo ensino-aprendizagem da educação em saúde na graduação de enfermagem especialmente em relação ao discente e aos docentes, como atores que planejam, implementam e avaliam tais atividades. Conclui-se que as estratégias de docentes, gestores e discentes nos cursos de graduação para inserir as metodologias ativas na abordagem da educação em saúde amplia a potência dessa atuação

RESUMO: A educação em saúde realizada desde a formação em Enfermagem apresenta-se como potência para a assistência, a gestão e em processos educacionais como forma de melhoria para o bem-estar humano, assim como para um cuidado integral e resolutivo. Esse

para o fortalecimento da Enfermagem, podendo proporcionar a sensibilização para a melhoria do bem-estar humano.

PALAVRAS-CHAVE: Educação em saúde. Ensino. Enfermagem. Cuidados de Enfermagem.

ABSTRACT: Health education carried out since Nursing training presents itself as a potential for assistance, management and educational processes as a way of improving human well-being, as well as for comprehensive and resolute care. This study is a literature review carried out in 2020, in the Virtual Health Library, Theses Bank of the Coordination for the Improvement of Higher Education Personnel and Pubmed Portal with studies from 2015 to 2019 and the descriptors: “education in health”, “training”, “nursing”, as well as quotes from classic books and ministerial documents. Health education in professional practice is understood, from the historical review of this activity as inherent to Nurses, as well as the curricular components and extracurricular experiences on health education during graduation, in addition to the mandatory and/or optional components. It is worth highlighting that in order to guarantee users and their families the improvement of their well-being, constant analysis of the teaching-learning process of health education in nursing graduation is necessary, especially in relation to students and teachers, as actors who plan, implement and evaluate such activities. It is concluded that the strategies of teachers, managers and students in undergraduate courses to insert active methodologies in the approach to health education increase the power of this action to strengthen Nursing, and can provide awareness for the improvement of human well-being.

KEYWORDS: Health Education. Teaching. Nursing. Nursing Care.

1 | INTRODUÇÃO

A educação em saúde é incluída na formação em enfermagem a partir do conceito de saúde e das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), bem como, pelas reformulações necessárias no Projeto Político Pedagógico do Curso (PPC) de enfermagem, considerando os desafios a serem enfrentados para o preparo adequado dos discentes para a futura atuação (BUDÓ; SAUPE, 2004). Além disso, destaca-se a relevância da interprofissionalidade a ser proporcionada aos discentes durante a formação (PEDUZZI et al., 2013) e a necessária extrapolção para a atuação além dos conhecimentos unicamente de cada categoria profissional para também proporcionar o bem-estar humano.

Ressalta-se o embasamento de educadores, filósofos e pesquisadores por meio dos quatro pilares da educação como ferramentas para o aprendizado e aquisição de competências para formação crítica e sensibilização de agentes de transformação (FAUSTINO; EGRY, 2002) e para a adoção de metodologias ativas para mudanças curriculares inovadoras na formação na enfermagem brasileira (RODRIGUES; CALDEIRA, 2008).

Sobre a formação em Bacharelado em Enfermagem na América Latina e no Caribe quanto ao alcance para a melhoria da saúde por meio de suas práticas, aponta-se que os discentes possuem a maioria de suas experiências clínicas no contexto hospitalar e

a necessidade de aprimoramento dos métodos de ensino-aprendizagem. Além disso, as diferenças na educação, nos currículos de enfermagem emergem dos princípios de saúde universal e de Atenção Primária à Saúde (APS) em cada um desses contextos, destacando para a necessária inclusão desse potente cenário de aprendizagem (CASSIANI et al., 2017).

Dessa maneira, evidencia-se que o ensino-aprendizagem deve ser permeado pelo diálogo e ainda como um desafio a ser enfrentado para o fomento de momentos de teoria e prática na formação, que consequentemente oferecerão mais autonomia, habilidades e atitudes críticas aos atores envolvidos (LIMA et al., 2016). De acordo com Lino e colaboradores (2011), quando se remete aos grupos de pesquisa da região sul do Brasil reconhece-se o processo de ensino-aprendizagem como prática libertadora e criativa que são ressaltados desde o currículo, com interações entre os indivíduos nesse processo.

A aprendizagem baseada em problema demonstra as contribuições dessa metodologia ativa para a aprendizagem como a autonomia, da possibilidade de trabalho em equipe e desenvolvimento do pensamento crítico para melhoria do cuidado a ser prestado, assim como há apresentação de desafios como a compreensão do método por discentes e docentes (SANTOS et al., 2019; SILVA et al., 2018; MACEDO et al., 2018; CLAPIS et al., 2018) e necessidade de qualificação docente para a inclusão de metodologias ativas e mudanças da prática.

Portanto, na formação em saúde percebe-se a relevância da integração ensino-serviço a partir da análise das situações vividas, com a participação dos sujeitos do processo; discentes, docentes, equipe (ANDRADE; BOEHS; BOEHS, 2015) para a redução das diferenças entre o que se ensina e a prática, assim como tende a fortalecer o ensino da integralidade e para uma atuação que pode exigir decisões diante de situações incertas e conflituosas (LIMA et al., 2018).

Em estudo sobre as mudanças curriculares na formação em Enfermagem mediante a percepção de docentes, verifica-se a ampliação do processo saúde-doença para além do caráter biologicista, com a necessidade de diversificação dos cenários para a aprendizagem e a integralização dos conhecimentos básicos aos clínicos e esse constante trabalho para a reformulação (PERES et al., 2018).

A compreensão do estágio curricular supervisionado curricular de acordo às DCN sob o olhar de egressos, discentes e docentes, desperta para alguns déficits na formação, como oportunidades similares à atuação profissional e atuação integral à saúde, apesar de ser compreendida a relevância desse componente para a formação (RIGOBELLO et al., 2018).

Assim como expostas as percepções sobre a aprendizagem no estágio curricular supervisionado em saúde coletiva, como as adequações na avaliação das competências diante de mudanças curriculares e as exigências do mundo do trabalho e de acordo aos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) (BELÉM et al., 2018).

A análise sobre o processo de recontextualização do currículo de cursos de graduação em Enfermagem percebe-se a necessidade de maior incorporação das práticas docentes nas políticas dos currículos (FRANCO; SOARES; GAZINELLI, 2018). Destacando a relevância dos docentes de auxiliarem os discentes na aquisição e desenvolvimento de habilidades comunicativas, inclusive por meio de metodologias ativas (OLIVEIRA; BRAGA, 2016).

Sendo que nos cenários que buscam a inserção de tais metodologias ativas, são apresentadas algumas dificuldades, como os problemas curriculares para a implementação, resistência de docentes, assim como dificuldade de compreensão para a implementação (MESQUITA; MENESES; RAMOS, 2016).

E Clapis e colaboradores (2018), com o objetivo de oferecer assistência aos sujeitos correspondendo às suas necessidades de saúde e conforme a realidade na qual estão inseridos para a melhoria do seu bem-estar apresentam como estratégias a aplicação das metodologias ativas, como a metodologia da problematização, portfólio reflexivo. Assim como possibilita a aproximação dos cenários de prática e o impacto na formação dos enfermeiros, com o reconhecimento dos territórios, a apropriação de vocabulários pertinentes para a participação ativa do discente em autoavaliar seu aprendizado durante o processo ensino-aprendizagem.

Dessa forma, o objetivo desse estudo é analisar a educação em saúde como potência no processo de ensino-aprendizagem para a melhoria do bem-estar humano.

2 | MÉTODO

No presente estudo foi desenvolvida uma revisão de literatura com a articulação do conhecimento sobre educação em saúde na prática profissional, componentes curriculares e vivências extracurriculares sobre educação em saúde, processo ensino-aprendizagem da educação em saúde na Graduação de Enfermagem em relação ao discente e processo ensino-aprendizagem da educação em saúde na Graduação de Enfermagem em relação ao docente a partir de citações de livros clássicos e documentos ministeriais, além de artigos atualizadas por meio de busca dos descritores “educação em saúde”, “formação”, “enfermagem” na Biblioteca Virtual em Saúde-Brasil e Regional no período de 2015 a 2019.

Em busca de teses no Banco de Teses da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Ensino Superior (CAPES) por meio dos descritores “educação em saúde”, “formação”, “enfermagem” nas áreas de concentração em Enfermagem e Enfermagem em Saúde Pública, entre os anos de 2015 e 2019, prevalecem a abordagem direcionadas aos usuários sobre: promoção da saúde e prevenção de doenças, intervenções de educação em saúde com usuários. E sobre o ensino da educação em saúde em: tecnologias educacionais (blogs, jogos), desenvolvimento de enfermeiros docentes, contribuições das metodologias ativas no processo ensino-aprendizagem (na percepção de discentes e docentes).

Em busca no Portal Pubmed com os descritores: educação em saúde AND ensino AND enfermagem, sem delimitação de período, houve a seleção de estudos de acordo ao objeto dessa pesquisa e as abordagens se remetem à articulação de discentes, docentes e demais profissionais (como coordenadores, preceptores e supervisores e dos campos de práticas) auxiliaram na reflexão e mudança na formação na enfermagem obstétrica com alterações desde a formação na graduação, a partir da inserção de metodologia que consiste na sequência de treinamento, intervenção e avaliação (SANTOS FILHO; SOUZA, 2020).

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nesse estudo a temática de educação em saúde como potência para a melhoria do bem-estar humano é apresentado na perspectiva do resgate histórico da prática profissional, bem como a apresentação das formas de aprendizagem para além dos componentes curriculares obrigatórios e/ou optativos, que são os componentes curriculares e vivências extracurriculares sobre educação em saúde durante a graduação. Assim como, a análise do processo ensino-aprendizagem da educação em saúde na graduação de enfermagem em relação ao discente e aos docentes.

3.1 EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA PRÁTICA PROFISSIONAL

A Enfermagem na Bahia no segundo pós-guerra (a partir da década de 1940) em paralelo com a ampliação da Escola de Enfermeiras D. Ana Néri no país, possibilitou que a saúde passasse a ser vista como política de Estado, mesmo ainda diante da necessidade de qualificação de profissionais. Com isso foi criada a Escola de Enfermagem da Bahia (EEUB) em janeiro de 1946. Sendo iniciado o funcionamento em 1947 juntamente ao ser incorporada à Universidade da Bahia (que tinha como reitor Dr. Edgar Santos) e ocorreu até a reestruturação da UFBA, passando a ser uma Unidade de Ensino Profissional e Pesquisa, nível superior. E em 1968 houve a reestruturação da Universidade Federal da Bahia (FERNANDES; SILVA; CALHAU, 20011; OLIVEIRA, 2001).

Por esse reitor houve o convite à enfermeira baiana Haydeé Guanais Dourado que possuía qualidades próprias para assumir tal posição por ter sido graduada em Enfermagem pela Escola Anna Nery, além de bacharelado em políticas públicas, e especialidades em pedagogia, didática e administração em Enfermagem (Canadá), membro do corpo docente da USP e Sócia da Associação Brasileira de Enfermagem desde 1944. E houve destaque no envolvimento de atividade como eventos, congressos, na luta pela expansão de seções, legislação para a categoria, estudo para as necessidades dessa categoria no país, projeção dessa escola no país e assim criou a base do ensino de Enfermagem na Bahia (FERNANDES; SILVA; CALHAU; 2011).

A Enfermagem no país foi criada em 1923 sob as influências do modelo sanitariaista campanhista. E a institucionalização da Educação em Enfermagem esteve atrelada

à organização e funcionamento da sociedade e do Estado, como o desenvolvimento industrial, a modernização dos hospitais. Assim, para as atualizações, discussões sobre um currículo mínimo para os cursos de graduação em Enfermagem por meio da Resolução do Conselho Federal de Educação sobre a categoria foi necessário eventos, a atuação da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), quando diante de orientações para as mudanças curriculares, em meados de 1962 predominava as concepções biológicas, curativistas (FERNANDES; SILVA; CALHAU, 2011).

Em 1980 diante da redemocratização brasileira e os princípios do SUS que deveriam subsidiar a formação, o papel de engajamento da ABEn motivando os discentes, docentes, profissionais dos serviços para a construção coletiva de um projeto educacional da enfermagem brasileira. Assim como a atuação da EEUFBA (FERNANDES; SILVA; CALHAU, 2011) houve o Parecer 314/94 do CFE, homologado pela Portaria 1721/94 (BRASIL, 1994) com a definição de quatro eixos e as respectivas cargas horárias: bases biológicas e sociais da enfermagem; fundamentos de enfermagem; assistência de enfermagem e administração em enfermagem, assim como a definição de carga horária mínima de 3500 horas, com o mínimo de quatro anos (oito semestres letivos) e o máximo de seis anos (12 semestres letivos) para o Curso (FERNANDES; SILVA; CALHAU, 2011).

Esse novo currículo se por um lado já inseria algumas insatisfações das profissionais da área de enfermagem, se percebia ainda alguns déficits, como escassez de disciplinas voltadas para a abordagem da educação (e assim a visão da relevância dessa dimensão), bem como a delimitação das cargas horárias dos eixos temáticos, como uma formação controlada, não observando as singularidades institucionais e regionais. E essas solicitações, reflexões, contribuições passaram a ser realizadas nos Seminários Nacionais de Diretrizes para a Educação em Enfermagem (Senaden) a partir de 1994, como por exemplo, as construções para as DCN do curso de graduação em enfermagem (FERNANDES; SILVA; CALHAU, 2011).

Compreende-se que a educação em Enfermagem se faz pela construção social e histórica e considerando os contextos sociais, políticos, e entre elas, as mudanças do mercado de trabalho (FERNANDES; SILVA; CALHAU, 2011).

Dessa maneira, observa-se que a educação em saúde realizada ao longo da história do país inicialmente esteve relacionada com a ameaça da economia agroexportadora diante das doenças que comprometiam a mão-de-obra: varicela, peste, febre amarela, tuberculose. Assim, as ações tendiam a serem direcionadas principalmente às classes subalternas, por meio de um discurso biologicista e com medidas autoritárias sobre o saneamento, a urbanização e a culpabilização da população. Na primeira metade do século XX a educação sanitária prevalecia e estava voltada para a mudança de hábitos higiênicos aos indivíduos e grupos nos centros de saúde e era realizada em visitas domiciliares, escolas, fábricas, entre outros. A partir da década de 1960 com o advento da medicina comunitária, as ações eram realizadas de forma que a comunidade fosse conscientizada

dos problemas existentes em sua realidade e buscasse a solução (SILVA et al., 2017).

A Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde que aconteceu em 1986 no Canadá contribuiu para que as políticas públicas em saúde, também no Brasil, incorporassem movimentos relacionados à promoção da saúde. Com a reforma sanitária e o movimento de implantação do SUS, o conceito de saúde é ampliado (agregando outros sentidos, para além das doenças biológicas, mas também, aos adoecimentos produzidos pela sociedade), havendo uma nova demanda de educação em saúde com a participação dos usuários (PINTO; SANTIAGO; SANTOS, 2017).

Então, a educação em saúde segundo a Organização Mundial de Saúde (2020) deve ser um processo de ação social e de aprendizagem voltada para a percepção das pessoas como conhecedoras e capazes de adquirir controle sobre os determinantes sociais da saúde e o comportamento em saúde que afetam seu bem-estar e da comunidade.

Nesse contexto, a Enfermagem tem como um de seus principais eixos norteadores: a ação educativa, podendo ser desenvolvida na Saúde Pública, tendo como cenários as comunidades, serviços de saúde vinculados à Atenção Básica, escolas, creches, entre outros locais. Isso implica refletir a ação educativa como eixo fundamental na formação profissional do enfermeiro referindo-se ao cuidado de Enfermagem em Saúde Pública e entendendo o processo educativo como uma forma contínua de interação, “escuta atenta” e abertura ao saber do outro, havendo a possibilidade de uma construção compartilhada do conhecimento e de práticas de cuidado diferenciadas. Considerando dessa forma, que os conteúdos programáticos devem ser definidos a partir da situação dos sujeitos em sua realidade proporcionando assim, uma prática de educação em saúde compartilhada, ou seja, construída em conjunto (ACIOLI, 2008).

Em instituições hospitalares, durante a internação hospitalar, apesar do indivíduo e família estarem sujeitos a uma rotina da instituição, a educação em saúde também é possível de ser adequada à realidade desse indivíduo e tende a apresentar maior impacto para a continuidade do cuidado no âmbito domiciliar ou em ambulatório de especialidades e centros de referências. Assim, as práticas devem estar associadas à educação em saúde nesses ambientes de assistência secundária e terciária também para motivar a corresponsabilização no cuidado e a autonomia (SILVA; WY SOCK, 2017).

A nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2017) tem reforçado o caráter eminentemente biológico. Entre as construções de abordagens profissionais é preciso resgatar a percepção dos indivíduos, famílias e a compreensão do contexto no qual estão inseridos para o direcionamento do cuidado em saúde. Assim como, para a desconstrução da formação como caráter eminentemente biológico da maioria das profissões da área da saúde (RODRIGUES, 2014).

Estudos de Santos e colaboradores (2016; 2018) evidenciam que as ações de educação em saúde são umas das práticas de cuidado de enfermeiras da Estratégia Saúde da Família (ESF) e geralmente ocorrem nas consultas de enfermagem e dentro da Unidade

de Saúde da Família (USF), por meio de orientações, diálogo, escuta, esclarecimento de dúvidas e conhecimento das necessidades de saúde dos usuários. As temáticas priorizadas em tais ações são sobre alimentação saudável e realização de atividade física, porém é ressaltada a necessidade de maior estabelecimento de vínculo dos Enfermeiros com a comunidade para a adesão dos usuários às ações de educação em saúde (SANTOS et al., 2016; SANTOS et al., 2018).

A abordagem educativa pode ser executada com caráter individual, grupal ou comunitário. Na abordagem educativa individual a comunicação é direta, com a escuta desse relato singular e o diálogo direcionado de acordo com essa vivência. A abordagem educativa grupal direciona para a discussão das prioridades de temáticas ou busca de soluções mais específicas sobre uma patologia, um problema social, segundo o direcionamento, a interação, o reconhecimento entre os indivíduos e o vínculo no grupo. Por sua vez, na abordagem educativa comunitária será o direcionamento como uma educação em massa, mais generalizada (ALMEIDA; SOUZA, 2017).

E se tratando dos cenários para a realização de tais ações educativas, sabe-se que são exemplos equipamentos sociais (na área de abrangência da unidade de saúde), a escola, igreja e os espaços extramuros como creches, pastorais, asilos, presídios. A serem utilizados para o estabelecimento de parceria e o fortalecimento da intersetorialidade nas ações de educação e saúde (ALMEIDA; SOUZA, 2017).

A educação em saúde pode ocorrer em atendimento individual durante consultas, orientações, visita domiciliar, realização de procedimentos e em grupos (SILVA; WY SOCK, 2017). Entre as opções de técnicas e estratégias de ações de educação em saúde podem ser propostas: exposição dialogada, discussão em grupo, jogos, estudos de casos, roda de conversa, mapa-falante, biomapas, painel integrado, grupo focal. Essas estratégias que tendem a favorecer a participação e o diálogo (TOLEDO; PELICIONI; ZOMBINI, 2014).

Entre os recursos valorizados para as ações de educação em saúde têm-se a pedagogia problematizadora que consiste no levantamento do conhecimento prévio dos indivíduos, o estímulo à reflexão e o raciocínio. Os elementos das atividades problematizadoras em saúde são: atividade dinâmica (com a troca de experiências em uma dinâmica, diálogo após a exibição de um vídeo, através de dramatizações, na discussão sobre um folheto ou cartilha, através de um jogo) e serão discutidas as informações geradas nesse momento. A aplicação técnica seria a demonstração, a exemplificação dos conhecimentos adquiridos, consolidados e a forma de aplicação no cotidiano. Finalizando com o compromisso em grupo de aplicar os conhecimentos adquiridos e o compartilhamento dessas vivências em próximos encontros do grupo (ALMEIDA; SOUZA, 2017).

Estudo evidencia que os enfermeiros tendem a direcionar muitas das ações de educação em saúde para ações em grupos, pois referem falta de disponibilidade pela sobrecarga. Ressalta-se que o Enfermeiro possui na sua formação conhecimento técnico na educação em saúde, sendo apresentado o déficit no conhecimento pedagógico. Além

disso, ainda é percebida a educação em saúde sendo realizada no formato de palestras, em uma relação de contrapartida com o usuário, no sentido de exigir a sua presença como requisito para a realização de exame, aquisição de medicamentos e insumos (como preservativos e seringa de insulina, por exemplo) ou na obrigatoriedade de participação de grupos de hipertensos e diabéticos para a substituição de receita, entre outras práticas. Percebe-se que tais ações não permitem a ressignificação da vida para a mudança social desses indivíduos, por ainda ser centrada nos aspectos biológicos do processo saúde-doença (PINTO; SANTIAGO; SANTOS, 2017).

Diante desse reforço do caráter imperativo, a PNAB tem “engessado” os trabalhadores das equipes de saúde e consequentemente, são nesses cenários afetados por tais mudanças que os discentes estão em formação. O que exige um olhar crítico e atento em não apenas ser resistência a essas medidas, como pensar em estratégias de enfrentamentos.

Pois, na atual atuação de enfermeiros ainda é perceptível a realização de educação em saúde desconsiderando o histórico de vida dos indivíduos, suas crenças, seus valores. Assim, é realizada a transmissão de informações para o grupo, com o uso de comunicação autoritária, vertical, impositiva, sem valorizar a individualidade e reforçando a passividade dos sujeitos. Posturas como essa tendem a reproduzir as metodologias de educação em saúde conforme foram aprendidas no processo de formação, com o discurso voltado para a doença e tentativas de mudanças de comportamento dos indivíduos, sendo necessário o repensar da atuação esperada pelo Enfermeiro na sua dimensão educativa no exercício profissional (ALMEIDA; SOUZA, 2017).

Considerando a relevância do Enfermeiro para a efetivação do SUS, torna-se primordial que sua formação seja direcionada por metodologias que lhe conduza a perceber o potencial dos diferentes saberes e a relevância do seu envolvimento com as questões sociais e políticas. Assim, a prática de cuidado do Enfermeiro possui o caráter de cuidar da pessoa na singularidade de sua essência subjetiva, social e histórica, apontando para uma visão ampliada do cuidar expressa no cotidiano da comunidade.

Ressalta-se a relevância de que a educação em saúde, realizada pelo enfermeiro, seja norteadada pelas necessidades de saúde dos usuários também para a reafirmação da profissão como prática social comprometida com o contexto sócio-histórico e subjetividade dos usuários.

Compreendendo que na formação deve haver espaço para a sensibilidade, conforme mencionado por Chaves (2014):

O exercício do pensamento proposto na articulação entre currículo e práticas pedagógicas do currículo trata de ativar aquilo que não é visto e que está no campo dos sentidos. Tentativa de perceber a educação e, neste caso, o ato pedagógico, numa outra dimensão, que privilegia o que não é formal, regulado e visível. A sensibilidade está em considerar uma educação que permita a experiência por aquilo que nos passa, nos toca ou, melhor dito,

Entre as metodologias para a formação em educação em saúde as evidências citadas demonstram que o processo de ensino-aprendizagem mais efetivo na formação de futuros Enfermeiros deve ser valorizado para a melhoria da atuação desses profissionais e, consequentemente para a consolidação do SUS. A serem profissionais mais criativos e conscientes da relevância do conhecimento popular e adequação da educação em saúde diante da realidade encontrada em cada comunidade, assim como pela singularidade do indivíduo e família.

Para a identificação da dimensão educativa do processo formativo do enfermeiro com o foco na capacitação pedagógica é sugerido um instrumento, sendo entre as competências a incorporação do papel educativo (seja nos componentes curriculares isolados ou a abordagem de forma transversal, assim como a percepção dos cenários potentes nas atividades teóricas e práticas); o conhecimento para a ação educativa (fundamentos pedagógicos e didáticos); interação para a ação educativa (com discentes de diferentes semestres e cursos, a interação para a troca de saberes com os usuários e com as equipes de saúde); comunicação na ação educativa (a verificação do desenvolvimento da comunicação na atividade e no trabalho coletivo entre os discentes) e a organização para a ação educativa (que envolva planos de educação em saúde e a seleção de uma estratégia adequada para o público com o qual se almeja trabalhar (GUSMÃO; VILELA, 2019).

Assim, é necessário discussões acerca do currículo para o desvelamento dos conteúdos propostos em uma perspectiva crítica na formação de sujeitos autônomos e emancipatórios para a compreensão da sociedade e o estabelecimento de ações que extrapolem o sistema vigente (SANTOS; FERREIRA; GAMBARO, 2019).

3.2 COMPONENTES CURRICULARES E VIVÊNCIAS EXTRACURRICULARES SOBRE EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Compreendendo que a formação também está interligada com os aspectos sociais, faz-se necessário reconhecer que o SUS é dispositivo potente para proporcionar vivências intensas no processo formativo, contribuindo assim para a implementação do PPC em cenários reais (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Diante da necessidade de que os PPC abriguem cenários distintos na formação em saúde, observa-se que em sua construção é válido destacar a necessidade de debates que permitam a escuta, a reflexão sobre o que é dito e assim também a relevância de representantes entre docentes e discentes, entre outros seguimentos para garantir o afastamento de modelos tradicionais de formação, assim como da hierarquização entre docentes e discentes, pois a atuação de ambos é necessária para os enfrentamentos e avanços sobre a formação que garanta para além de conhecimentos sobre técnicas e conteúdo, as dimensões biológica, social, psicológica, espiritual (VILA et al., 2016).

Atenta-se que os currículos devem expressar a participação de docentes, discentes, técnicos administrativos em sua construção e que seja de fato implementado, e não algo sinalizado apenas como documento a cumprir. E destaca-se a relevância de análise documental em estudos com base em PPC para que possibilitem essa proximidade com as recomendações e que também os discentes, docentes, profissionais da saúde e a comunidade possam ser escutados nesse processo de construção coletiva e que reflitam os anseios desses sujeitos e objetivando uma formação crítica-reflexiva e por meio da comunicação, a colaboração relevante (MORAES; COSTA, 2016; VILA et al., 2016).

Dessa maneira, o espaço de formação em saúde deve ser visto como possibilidade para a construção de um perfil profissional ativo, responsável, dialógico e sensível com as questões inerentes à produção do cuidado, principalmente se durante a graduação são oportunizadas atividades curriculares em ambientes de práticas profissionais. Assim, também são seguidas as orientações e exigências das políticas públicas na saúde e na educação juntamente com as questões que emergem nos cenários das aulas teóricas e práticas (KOIFMAN; FERNANDEZ; RIBEIRO, 2010).

Assim como qualquer espaço de poder, as Instituições de Ensino Superior (IES) são marcadas por relações complexas que demarcam as disputas de projetos, uma vez que é construída por diversos atores. Nesse contexto, esses atores, por suas experiências anteriores, tem o seu modo de compreender como deve ser a prática, o cuidado, o encontro e o contato com as diversas categorias profissionais. Assim, a universidade, além de um espaço de disputas, se faz um espaço-produção no qual há trocas de experiências sobre saberes e ensino com vistas a construir uma formação contextualizada condizente com o SUS. Para que este espaço aconteça, é necessário pensar no modo como é construída a agenda de discussões, as propostas de inovação e como poderão ser organizados os espaços de negociação entre os interessados. Assim, para o processo de mudança depende-se do agir deliberado, com atores que se movimentam dependendo da situação, dos tensionamentos, das questões que estão em pauta (FEUERWERKER, 2014).

Nessa direção, as constantes atualizações nas DCN referem mudanças no ensino superior com a inserção de novas abordagens metodológicas e novos cenários de práticas para transformações positivas nas relações de ensino-aprendizagem e para a formação de sujeitos críticos e reflexivos com competências e habilidades para atuar nos diversos cenários do SUS (LIMA; LEMOS, 2014).

A extensão é regulamentada na graduação em saúde no sentido de curricularização a serem caracterizados como programas institucionais, assim como eventualmente também as de natureza governamental e é necessário que seja articulada nos Planos de Desenvolvimento Institucionais (PDIs), nos Projetos Políticos Institucionais (PPIs) das entidades educacionais, assim como estabelecida no PPC como possibilidade de interação para a interdisciplinar e a contextualização dos aprendizados durante a formação sobre política, educação, cultura, impactos científicos e tecnológicos, com a interação entre

instituições de educação, saúde, equipamentos sociais e comunidade e a inserção dos discentes com a articulação do ensino e da extensão, a qualificação dos docentes para o pertencimento às realidades vistas (BRASIL, 2018).

A formação para educação em saúde pode-se dar por meio de oficinas, discussões, debates, dinâmicas, rodas de conversa, bem como, metodologias para o diagnóstico das prioridades de temáticas e o planejamento da educação em saúde (SILVA; WY SOCK, 2017; TOLEDO; PELICIONI; ZOMBINI, 2014), ou seja, com a predominância de metodologias ativas.

Em se tratando dos estágios, ainda há a compreensão sobre espaços de modelo tecnicista, com a predominância do conhecimento científico. O estágio curricular supervisionado também pode ser visto como possibilidade para o exercício político e social. Desde o reconhecimento da realidade, planejamento de atividades, intervenções nos territórios. E além dos conhecimentos adquiridos nos componentes curriculares, o desenvolvimento de competências e habilidades para respostas às demandas de saúde e não apenas buscando respostas para as doenças e direcionamento as atividades nessa perspectiva (SILVA; MIRANDA; SARAIVA, 2016).

Sendo destacada a relevância do estágio curricular supervisionado para essa inserção dos discentes e a atuação dos docentes junto com a comunidade e com as equipes nas unidades de saúde e os hospitais para as atividades educativas. Sendo importante a diferenciação entre a aproximação com o campo (inserção) e de fato a implementação de atividades, as vivências que são imersões e que podem levar ao vínculo mais consolidado, ao diálogo e a conhecer a saúde das populações e as necessidades, além de proporcionar o aprendizado significativo (LUCIANA NETO; SILVA, 2018).

No que se refere a formação do enfermeiro, o componente curricular estágio supervisionado oferta entre sua estrutura basilar a educação que oferece sustentação às atividades a serem desenvolvidas pelo enfermeiro. E para a sua composição curricular e frequente remodelação torna-se necessária a escuta aos discentes, docentes, preceptores e usuários na construção coletiva e enriquecimento do processo de ensino-aprendizagem para que sejam colocados em prática na graduação os conhecimentos teóricos adquiridos anteriormente (SILVA, 2016). A educação em saúde não deve ser vista apenas como disciplina isolada na composição do currículo, mas também ser disposta de forma transversal no curso.

A educação em saúde vivenciada em estágio curricular supervisionado também permite a formação de discentes de enfermagem em ações a serem realizadas em unidades de saúde, assim como em ambientes como: escola, igreja, comunidade, entre outros. Dessa forma, o estágio curricular supervisionado é um momento educacional percebido como espaço de interação entre os discentes, equipe de saúde, usuários e família, seja no cenário da unidade de saúde, como nos equipamentos sociais (AZEVEDO et al., 2014).

A integração ensino-serviço-comunidade e a interprofissionalidade como aposta

formativa capaz de ampliar o olhar dos discentes pode ser vivenciado como por exemplo, no Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET- Saúde) e o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), por ser uma das possibilidades de vivências intensas nos territórios.

Assim como o estágio extracurricular também é uma metodologia percebida como possibilidade para aquisição de conhecimentos nos quais se busca aprofundamento, além da realização de educação em saúde em um outro cenário de saúde. O discente pode realizar além da observação, a intervenção em assistência e a educação para uma experiência integral. Dessa forma, o discente ativo solicitará na universidade o diálogo entre instituições para a aquisição de autorização formal para tais vivências e agregará esse aprendizado quando estiver em exercício profissional (SANTOS; OLIVEIRA, 2012).

Assim, as mudanças na formação de discentes na participação do PET-Saúde e Pró-Saúde está relacionada com a abordagem integral do processo saúde-doença, com a construção de conhecimento a partir de educação em saúde; com o engajamento esperado dos docentes para orientar os discentes; a valorização das necessidades em saúde dos usuários como fonte para a produção de conhecimento, cuidado e tecnologias na atenção à saúde local e regional; as possibilidades de vivências com discentes de diversos cursos de saúde, de forma a potencializar a interprofissionalidade no aprendizado com o outro e a integração ensino-serviço também para possibilitar o conhecimento nas mudanças necessárias na formação em saúde para afastar-se do modelo biomédico (SILVA et al., 2016).

No PET-Saúde, os discentes estão comprometidos com o fazer saúde nos territórios locais e o engajamento para o planejamento e a implementação de ações nas diversas dimensões como vigilância em saúde, saúde do trabalhador, saúde mental, assim como os diálogos que são produzidos e a aprendizagem compartilhada. Desenvolvendo o protagonismo dos discentes, a busca pela integralidade nas ações, a autonomia e a responsabilização com os usuários (CECCIM; CYRINO, 2017).

E o Pró-Saúde visa apoio técnico e financeiro às instituições de ensino participantes do programa objetivando a reorientação na formação em saúde e conhecimentos científicos e tecnológicos diante das necessidades de saúde da população, assim como através da integração entre serviço, universidade e comunidade (BRASIL, 2010).

E PET- Saúde, como um dos eixos do Pró-Saúde, tem como pressuposto estágios e vivências com a participação de discentes da saúde em possíveis cenários de trabalho. Assim, na imersão de docentes e discentes no território vivo, o conhecimento teórico é fortalecido por meio das reflexões e discussões dos problemas percebidos e relatados nos cenários das vivências, o que pode ocasionar a mudança da ótica dos profissionais no serviço e repensar as práticas. O que desperta para os discentes e docentes por sua vez, o papel da formação para os estímulos a essas mudanças (BRASIL, 2010; PEREIRA et al., 2017).

A formação em saúde precisa ser analisada diante do desafio da sua complexidade, que se refere a variedade de processos, a imprevisibilidade, entre os campos que realizam a transmissão de conteúdos, técnicas e os campos que exigem a apropriação das técnicas e metodologias para interferir nos serviços de saúde (BARROS; HECKERT, 2010).

A formação em saúde acontece em um cenário ainda com modelos pedagógicos tradicionais, diante de currículos fragmentados, a valorização das especialidades, a predominância das tecnologias proporcionando o afastamento em relação a realidade do SUS e suas diretrizes (SILVA et al., 2016).

Na Enfermagem é necessária uma formação em educação em saúde que seja além da reduzida carga horária de disciplinas específicas, de forma que possibilite uma construção reflexiva e sensível para a transversalidade dessa abordagem e para a interrelação entre as disciplinas na graduação (PINTO; SANTIAGO; SANTOS, 2017).

Através do estudo de currículo do curso de Enfermagem pode ser possibilitada a reflexão sobre o planejamento para a formação em saúde e o conhecimento das estratégias de ensino-aprendizagem que são propostas, sendo um relevante embasamento para a reformulação curricular, quando necessária (SILVA et al., 2016). Portanto, torna-se relevante as frequentes discussões para reestruturações de Projetos Políticos dos Cursos (PPC) para atender as demandas sociopolíticas e culturais de cada realidade no qual estão inseridos os campi das Universidades e relacionado com a formação profissional em Enfermagem.

O Projeto Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS Brasil) também é uma oportunidade de vivências para os potentes encontros e como dispositivo para se refletir e provocar mudanças na compreensão da saúde coletiva e o quanto as experiências subjetivas dos sujeitos facilitadores e na produção de afetos. Esse que é uma possibilidade para ressignificar também a formação e como oportunidade para a aprendizagem significativa e como dispositivo pedagógico, pois são configurados nas parcerias entre os atores sociais (discentes, docentes, os indivíduos nas comunidades, as formulações político-pedagógicas dessa IES e os cenários nos quais são executados esses projetos de vivências, que despertam para: interprofissionalidade, o sistema de saúde, a educação em saúde, as escutas dos sujeitos e as demandas de saúde, de educação e demais setores que são sinalizados (MARANHÃO, 2015; FERLA; MARANHÃO; PINTO, 2017).

A monitoria acadêmica no curso de Enfermagem também é sinalizada como uma possibilidade para o fortalecimento da aprendizagem em que nesse processo discentes, docentes e monitores aprendem juntos a partir de um trabalho dialógico, direcionado com objetivos a serem cumpridos, distanciando da metodologia de transmissão de conteúdo, como uma propulsora aprendizagem, pois há potência na disponibilidade de monitor para os esclarecimentos de dúvidas, direcionamento da aprendizagem, com o compartilhamento das experiências, saberes e esse aprendizado recíproco e mais efetivo entre os sujeitos envolvidos, pois além do estudo para seu aprendizado, participa no desenvolvimento

operacional do componente curricular e a sensibilidade para a pesquisa na enfermagem, na junção entre a teoria e a prática (ANDRADE et al., 2018).

O Pró-Saúde almejando a reorientação na formação para a aproximação às necessidades da população diante do direcionamento parte de uma melhor articulação entre os Ministérios da Saúde e da Educação. Assim os profissionais diante da diversificação dos cenários de formação com ações em comunidades rurais, regiões periféricas, busca-se a atuação, assim como a pesquisa com resolutividade e qualidade (BRASIL, 2007).

A instituição do PET também como um trabalho do Ministério da Saúde e da Educação realiza atividades em grupo com educação em saúde e nas unidades de saúde viabilizando o aperfeiçoamento para as equipes e vivências e estágios aos discentes com a proximidade das necessidades do SUS, contribuindo assim para a implementação das DCN (BRASIL, 2008).

Verificado o impacto positivo da formação com vivências práticas em cenários da APS para a reflexão e aquisição de conhecimento sobre o cuidado em todos os ciclos de vida, atuação na promoção da saúde, corroborando com as DCN para a interlocução entre os saberes teóricos e práticos (LIMA et al., 2016).

3.3 O PROCESSO ENSINO-APRENDIZAGEM DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA GRADUAÇÃO DE ENFERMAGEM EM RELAÇÃO AO DISCENTE

A educação superior tem entre suas finalidades, o estímulo à produção científica, ao pensamento crítico e reflexivo; a prestação de serviços e cuidado à comunidade, como por exemplo, por meio da extensão (BRASIL, 1994).

A formação em saúde é uma arena potente por reunir distintas experiências de vida de discentes e docentes. Diante disso, observa-se que essas experiências agregam na produção de novas subjetividades, aprendizagens mútuas nos encontros para ampliar as experiências de vida ao longo do processo formativo. Assim, a partir da implementação das DCN atenta-se para a necessidade de garantir a autonomia e a flexibilidade acadêmica na organização curricular e nas propostas pedagógicas com o envolvimento de discentes e docentes que expressem suas singularidades. Almejando-se as rupturas de práticas tradicionais e que limitem os sujeitos nas suas potências (CHAVES, 2014).

As DCN para o Curso de Graduação em Enfermagem determinam a interação necessária ao discente, profissionais da saúde e usuário para ações que contemplem as necessidades de saúde e respeitem as singularidades dos territórios e das realidades nas quais estão inseridos (BRASIL, 2018). Assim, verifica-se a necessidade de sensibilizar o discente ao pensamento crítico a ser desenvolvido durante a graduação em enfermagem, demandando ensino também crítico, além de criativo e flexível, de forma que o discente se perceba enquanto sujeito ativo da sua formação e corresponsável na construção de seu perfil profissional comprometido com a categoria e com a transformação social.

No processo de ensino-aprendizagem a maior valorização está direcionada para o

aprender (MORIN, 2002). Assim, no exercício da docência no ensino superior é necessário subsidiar o discente como facilitador do desenvolvimento de competências e habilidades, portanto, o estabelecimento do processo ensino-aprendizagem de forma ativa.

Isto posto, prevalece algumas determinações dos temas a serem trabalhados em diálogo entre docente e enfermeiro da USF e muitas das vezes, de acordo ao calendário nacional de saúde (com temas a cada “mês colorido”), dessa forma, nem sempre incluindo os usuários e a equipe. Ainda assim, a realização de educação em saúde na sala de espera é valorizada pela oportunidade de diálogo e estabelecimento de vínculo com os usuários. A educação em saúde sendo vista como atividade inerente ao enfermeiro, é importante a preparação durante a graduação para o suporte sobre as estratégias pedagógicas garantindo a compreensão por parte dos usuários (GIL et al., 2018).

O processo de ensino-aprendizagem mais efetivo na formação de futuros Enfermeiros deve ser valorizado para a melhoria da atuação desses profissionais e, conseqüentemente para a consolidação do SUS, no intuito de se tornarem profissionais mais criativos e conscientes da relevância do conhecimento popular e adequação da educação em saúde diante da realidade encontrada em cada comunidade, assim como pela singularidade do indivíduo e família.

Ressalta-se que apenas expor os discentes aos diversos conteúdos, aos currículos conteudistas não garante formação suficiente, tendo em vista que a formação deve possibilitar a articulação de diversos saberes, conhecimentos e aprendizados e oportunizar que os discentes atuem como protagonistas nesse processo de ensino-aprendizagem, o viver e experienciar o território (da universidade, comunidade) e dessa forma, se extrapole as hierarquias dos componentes curriculares (ABRAHÃO; MERHY, 2014).

Considera-se que a reflexão e a discussão sobre a temática de formação de discentes de enfermagem, assim como sobre a formação na educação em saúde pode sensibilizar para a melhoria da qualidade desta formação, além de valorizar a necessária conceituação, utilização de diversificadas e ativas metodologias, o planejamento flexível e a intervenção ativa no papel do discente como futuro profissional comprometido com a educação em saúde nos diversos cenários de atuação do enfermeiro.

Dessa forma, diante das vivências é desejável que o discente se coloque em reflexão para analisar os seus conhecimentos prévios, os saberes teóricos e práticos consolidados e as lacunas existentes para um processo de ensino-aprendizagem crítico e reflexivo em torno das necessidades de saúde da população (SULZBACHER et al., 2016).

As mudanças na formação em saúde tem sido agenda nas IES e na tentativa de envolvimento das equipes de gestão do Estado nos campos metodológicos e pedagógicos para uma reestruturação curricular e aproximação com os serviços de saúde, partindo da compreensão de formação como “território do trabalho vivo”

Para a efetiva educação em saúde é necessária a participação dos gestores (em aprovar as ações e garantir as condições para a realização dos profissionais com os

usuários), dos profissionais da saúde (entre eles, os enfermeiros) e a população (ampliação de conhecimentos e fortalecimento da autonomia, para a valorização dessa ação em caráter de agregar saberes aos usuários de refletir sobre o autocuidado e as melhorias possíveis), que seriam assim os principais atores. Não devendo ser uma atividade reduzida em segundo plano sob o olhar dos profissionais e gestores e isso depende na mudança da formação e reflexão sobre a prática desses profissionais (FALKENBERG et al., 2014).

Estudo realizado com levantamento de evidências no período de 2012 a 2016 demonstra que os espaços para aprendizagem são as vivências em projetos de extensão, estágio extracurricular e em estágios extracurriculares para o desenvolvimento de práticas com os usuários que promovam mais autonomia e assim, impacta também na melhoria do seu perfil de discente (COUTO; SANTOS; YARID, 2018).

A verificação da satisfação de discentes com o Curso é importante para a possibilidade de melhorias na instituição e estratégias que possam qualificar a aprendizagem dos discentes e de forma a afetar positivamente na sua formação (RAMOS et al., 2015).

3.4 O PROCESSO ENSINO-APRENDIZAGEM DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA GRADUAÇÃO DE ENFERMAGEM EM RELAÇÃO AO DOCENTE

Por certo, é que há também a necessidade do profissional docente preparar-se para o fazer de sua profissão, suas implicações, desafios e exigências, pois é preciso que o docente do ensino superior detenha conhecimentos específicos para exercê-la adequadamente, ou, no mínimo, é necessária a aquisição dos conhecimentos e das habilidades vinculados à atividade docente para a melhoria da atuação. Assim, ensinar exige: alto nível de conhecimento em sua disciplina; habilidades comunicativas, envolvimento e compromisso como facilitador na aprendizagem dos discentes, interesse e preocupação com cada um desses discentes referente a ser acessível e ter atitudes positivas a fim de estimulá-los (ZABALZA, 2004).

Ao docente durante a formação do discente espera-se a motivação para a ampliação dos conhecimentos, na participação durante as discussões de temáticas e no aprimoramento da didática de ensino. E para a melhoria da formação dos discentes torna-se necessária a utilização de métodos pedagógicos que otimizem a aprendizagem ativa (trabalho em grupo, exposições, análises e discussão de textos).

De forma que o discente perceba o docente como facilitador da aprendizagem, e não como transmissor de informações (BRAUER, 2012). Considerando que o ensino é constituído de desafios e aprendizagem, no sentido que cabe ao docente motivar o discente a aprender e apreender (FERNANDES; VAZ, 2013).

As metodologias ativas apesar de não serem o fim em si mesmas, despertam para a produção de movimentos por docentes, discentes para a construção de conhecimento de diferentes contextos dos quais emergem (FEUERWERKER, 2014).

Ressalta-se que no cotidiano dos docentes da saúde o trabalho profissional educativo

muitas vezes pode ser realizado no mesmo ambiente de exercício profissional desse indivíduo em determinado serviço de saúde. Portanto, esse docente é um profissional da educação e da saúde ao mesmo tempo, o que pode ocasionar no reforço da racionalidade técnica na docência (PEREIRA, 2010).

O docente deve despertar no discente a compreensão de que a educação em saúde é um processo a ser feito com os indivíduos e não, para eles, ou seja, essa perspectiva de produzir junto, fugindo do olhar imperativo e ditador. Portanto, a necessidade de reestruturação da formação acadêmica dos futuros enfermeiros, de forma a reconhecer as práticas educativas como ferramenta para o cuidado e para proporcionar melhoria do bem-estar e buscando aproximar essas práticas da realidade local, social, econômica e cultural dos sujeitos envolvidos (ALMEIDA; SOUZA, 2017).

O corpo docente na maioria das vezes é composto por profissionais oriundos dos serviços de saúde na atenção básica e no serviço hospitalar e torna-se necessária a compreensão da formação para a docência no ensino superior da área da saúde e o protagonismo docente diante de compromissos de formação com o SUS. Considerando que o docente durante a formação na maioria das vezes é visto como referência pelo discente e o seu direcionamento, a orientação, as falas têm influência na concepção sobre a educação em saúde e a atuação profissional futura. Ao docente cabe exercer o desprendimento de não focar apenas nos conteúdos a serem apresentados, mas no ouvir sobre o conhecimento prévio também do discente e as prioridades de práticas pedagógicas durante o processo do ensino-aprendizagem (SILVA, 2016).

A educação pelo docente também terá influências dependendo da sua participação em ações políticas coletivas. Pois a participação em sindicatos e associações permite a ampliação da participação política desse docente que possibilitará transformações nas políticas educacionais (PEREIRA, 2010). A compreensão de que a formação de docentes precisa do apoio também do Estado e há esse embasamento também na ótica da hermenêutica filosófica de Gadamer. Destaca-se a constituição da palavra como “forma+ação”, entendendo como um processo interno para esse desenvolvimento contínuo do indivíduo, e a necessária influência externa, não apenas de acréscimos de novos conhecimentos, mas consolidando os conhecimentos já existentes (NOFFS; ESPÓSITO, 2011).

Verifica-se a possibilidade do docente manter-se em aprendizagem constante pela rede de compartilhamento. Assim como a importância de estudar e refletir, dialogar sobre as tendências pedagógicas vigentes para se alcançar o perfil de formação desejado. Devendo destacar a relação entre docente e discente, cada um sendo considerado por seus conhecimentos prévios e a relevância de envolvimento em todo o processo ensino-aprendizagem para que o mesmo ocorra de uma forma verdadeira e atuante na análise crítica do contexto social, político no qual está inserido a saúde. Cabendo ao docente a inserção de novas práticas pedagógicas, para se distanciar da transmissão de conhecimentos e

despertando a co-responsabilidade do discente para a aprendizagem por meio de vivências criativas e transformadoras (GATTO JÚNIOR; ALMEIDA; BUENO, 2015).

Pensando no perfil do enfermeiro desejado destaca-se a necessidade de novas práticas no cotidiano do docente em atuação nas Universidades. Pois essas serão as implementações dos PPC e que os mesmos sejam coerentes aos avanços impostos nas dimensões tecnológicas e científicas e por outro lado, valorizando as demandas sociais, buscando a melhoria da vida dessas pessoas e as transformações necessárias de práticas (GATTO JÚNIOR; ALMEIDA; BUENO, 2015).

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante dos estudos analisados, observa-se que muitas são as estratégias de docentes, gestores e discentes nos cursos de graduação para inserir as metodologias ativas na abordagem da educação em saúde, seja nas discussões teóricas, assim como nas vivências práticas. Assim como, são percebidos atravessamentos que acontecem na formação enquanto currículo e inserção de metodologias ativas nos cursos de graduação em Enfermagem.

Além disso, verifica-se a educação em saúde como potência no processo de ensino-aprendizagem para o fortalecimento da Enfermagem, diante das possibilidades de atuação de discentes desde a sua formação, assim como o que é esperado na sua atuação profissional como prática inerente e ética, seja na abordagem individual e/ou coletiva aos usuários e família, podendo proporcionar a sensibilização para a melhoria do bem-estar humano.

REFERÊNCIAS

ABRAHÃO, A. L.; MERHY, E. E. Healthcare training and micropolitics: concept tools in teachingpractices. **Interface**, Botucatu, v. 18, n. 49, p. 313-324, 2014.

ACIOLI, S. A prática educativa como expressão do cuidado em Saúde Pública. **RevBrasEnferm**, v. 6, n. 1, p. 117-21, 2008.

ALMEIDA, F. A.; SOUZA, M. C. M. R. de. Educação em saúde: concepção e prática no cuidado de Enfermagem. *In*: SOUZA, M. C. M. R. de.; HORTA, N. C. (orgs.). **Enfermagem em saúde coletiva: teoria e prática**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

ANDRADE, S. R. de *et al.* Análise documental nas teses de enfermagem: técnica de coleta de dados e método de pesquisa. **Cogitare Enfermagem**, v. 23: e53598, n. 1, 2018.

ANDRADE, S. R. de; BOEHS, A. E.; BOEHS, C. G. E. Percepções de enfermeiros docentes e assistenciais sobre a parceria ensino-serviço em unidades básicas de saúde. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 19, n. 54, p. 537-547, 2015.

ARAÚJO, V. A. B. T. DE; GEBRAN, R. A.; BARROS, H. F. DE. Formação e práticas de docentes de um curso de graduação em enfermagem. **Acta Scientiarum. Education.**, Maringá, v. 38, n. 1, p. 69-79, jan./mar. 2016.

BARROS, M. E. B. de.; HECKERT, A. L. C. Sofrimento e adoecimento nos processos de trabalho e formação: entre paralisias e criações. In: PINHEIRO, R.; LOPES, T. C. (orgs.). Ética, técnica e formação: as razões do cuidado como direito à saúde. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ: Abrasco, 2010. p. 137-153.

BELÉM, J. M. *et al.* Avaliação da aprendizagem no Estágio Supervisionado de Enfermagem em Saúde Coletiva. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 16, n. 3, p. 849-867, 2018.

BRASIL. Ministério da Educação. Portaria nº 1721 de 16 de dezembro de 1994: currículo mínimo do curso de enfermagem. Brasília: **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 19301, 16 dez. 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Ministério da Educação Pró-saúde**: Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. **Portaria Interministerial nº 1.802, de 26 de agosto de 2008**. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET - Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde; Ministério da Educação, 2008.

BRASIL. Ministério da Educação. **Resolução nº 01, de 17 de junho de 2010**. Normatiza o Núcleo Docente Estruturante e dá outras providências. Brasília, DF: Ministério da Educação, 2010. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=6885-resolucao1-2010-conae&Itemid=30192. Acesso em: 28 jun. 20.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, n. 183, p. 68, 22 set. 2017.

BRASIL. Ministério da Educação. Parecer Técnico nº 300/2017 à Resolução nº 569, de 19 de janeiro de 2018. Princípios Gerais para as Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação da Área da Saúde. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, n. 38, p. 85, fev. 2018.

BRAUER, M. **Ensinar na universidade**: conselhos práticos, dicas, métodos pedagógicos. São Paulo: Parábola Editorial, 2012.

BUDÓ, M. de L.; SAUPE, R. Popular knowledge and health education in nursing training]. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 57, n. 2, p. 165-169, 2004.

CASSIANI, S. H. B. *et al.* The situation of nursing education in Latin America and the Caribbean towards universal health. **Rev. Lat. Am. Enfermagem.**, v. 25:e2913, 2017.

CECCIM, R. B.; CYRINO, E.G. O sistema de saúde e as práticas educativas na formação dos estudantes da área. In: CECCIM, R. B.; CYRINO, E.G. (orgs). **Formação profissional em saúde e protagonismo dos estudantes**: percursos na formação pelo trabalho. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2017. p. 4-26. Disponível em: <http://historico.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/serie-atencao-basica-e-educacao-na-saude/formacao-profissional-em-saude-e-protagonismo-dos-estudantes>. Acesso em: 12 jul. 2020.

CECCIM R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p. 41- 65, 2004.

CHAVES, S. E. Macropolitical and micropolitical movements in the undergraduate teaching on nursing. **Interface**, Botucatu, v. 18, n. 49, p. 325-36, 2014.

CLAPIS, M. J. *et al.* Problematic methodology in primary healthcare teaching. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, p.1671-1677, 2018. Supl. 4.

COUTO, T. A.; SANTOS, R. M. M.; YARID, S. D. Educação em saúde na formação de discentes de Enfermagem. **Rev.Saúde.Com.**, v. 14, n. 4, p. 1310-6, 2018.

FAUSTINO, R. L.; EGRY, E. Y. Nursing training from the perspective of education- reflections and challenges for the future. **Rev. Esc. Enferm. USP.**, v. 36, n. 4, p. 332-337, 2002.

FERLA, A. A.; MARANHÃO, T.; PINTO, H. A. (orgs.). **Vivências e estágios como dispositivos da aprendizagem**: refletindo sobre o VERSUS. 1.ed. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2017. Disponível em: <http://historico.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/serie-vivencias-em-educacao-na-saude/vivencias-e-estagios-pdf>. Acesso em: 12 jul. 2020.

FERNANDES, J. D.; SILVA, R. M. de. O.; CALHAU, L. C. Educação em enfermagem no Brasil e na Bahia: o ontem, o hoje e o amanhã. **Enfermagem em Foco**, v. 2, p. 63-67, 2011. Supl.

FERNANDES, M. F. P.; VAZ, D. R. Processo ensino/aprendizagem-ensinagem. *In*: PRADO, C. (org.). **Práticas pedagógicas em Enfermagem**: processo de reconstrução permanente. 1. ed. São Caetano do Sul: Difusão Editora, 2013. p. 63-74.

FEUERWERKER, L. C. M. Micropolítica e a formação de profissionais de saúde. *In*: FEUERWERKER, L. C. M. (org.). **Micropolítica e saúde**: produção do cuidado, gestão e formação. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014. p. 119-160.

FRANCO, E. C. D.; SOARES, A. N.; GAZZINELLI, M. F. Macro and micropolitics recontextualization of an integrated curriculum: experienced itinerary in nursing undergraduate. **Escola Anna Nery**, v. 22, n. 4: e20180053, 2018.

GATTO JÚNIOR, J. R.; ALMEIDA, E. J. de; BUENO, S. M. V. Docência no ensino superior: uma revisão sobre as tendências pedagógicas que permeiam o cotidiano do enfermeiro docente. **Arq. Cienc. Saúde UNIPAR**, v. 19, n. 2, p. 125-138, 2015.

GIL M. D. *et al.* Contribuições na realização da sala de espera para o acadêmico de enfermagem. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v. 8:e2103, 2018.

GUSMÃO, C. M. P.; VILELA, R. Q.B. A dimensão educativa e a formação em enfermagem: uma proposta de matriz de competência. *In*: SANTOS, A. A. dos. (Org.). **Educação em saúde**: trabalhando com produtos educacionais. Curitiba: CRV, 2019.

KOIFMAN, L.; FERNANDEZ, V. S.; RIBEIRO, C. D. M. A Construção do ato de cuidar no espaço da formação em saúde: a ética, a prática, sujeitos e valores. *In*: PINHEIRO, R.; LOPES, T. C. (orgs.). Ética, técnica e formação: as razões do cuidado como direito à saúde. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ: Abrasco, 2010. p. 155-168.

LIMA, J.; LEMOS, M. Formação em saúde no Estado da Bahia: uma análise à luz das Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Saúde. In: SOLLA, J. J. S. P. (org). **Estratégias da política de gestão do trabalho e educação na saúde**: experiências da Bahia. Salvador: EDUFBA, 2014. p. 239-270.

LIMA, M. M. *et al.* Dialogue: network that intertwines the pedagogical relationship into the practical-reflective teaching. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 69, n.4, p. 654-661, 2016.

LIMA, M. M. de. *et al.* Relação pedagógica no ensino prático-reflexivo: elementos característicos do ensino da integralidade na formação do enfermeiro. **Texto & Contexto – Enfermagem**, v. 27, n. 2: e1810016, 2018.

LINO, M. M. *et al.* Pedagogical position adopted in nursing and health education in the Brazilian South Region. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 64, n. 1, p. 152-159, 2011.

MACEDO, K. D. da S. *et al.* Active learning methodologies: possible paths to innovation in health teaching. **Escola Anna Nery**, v. 22, n. 3: e20170435, 2018.

MARANHÃO, T. **Função-facilitador(a) nos estágios e vivências na realidade do Sistema Único de Saúde**: marcas de protagonismo estudantil na construção de práticas formativas. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2015. Disponível em: <http://editora.redeunida.org.br/project/funcao-facilitadora-nos-estagios-e-vivencias-na-realidade-do-sistema-unico-de-saude-marcas-de-protagonismo-estudantil-na-construcao-de-praticas-formativas/>. Acesso em: 12 jul. 2020.

MESQUITA, S. K. da C.; MENESES, R. M. V.; RAMOS, D. K. R. Metodologias ativas de ensino/aprendizagem: dificuldades de docentes de um curso de enfermagem. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 14, n. 2, p. 473-486, 2016.

MONTES, L. G; RODRIGUES, C. I. S.; AZEVEDO, G. R. de. Assessment of feedback for the teaching of nursing practice. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, n. 3, p. 663- 670, 2019.

MORAES, B. A.; COSTA, N. M. S. C. Compreendendo os currículos à luz dos norteadores da formação em saúde no Brasil. **Rev. Esc. Enferm. USP.**, v. 50, n. esp, p. 9-16, 2016.

MORIN, E. **A cabeça bem feita**: repensar a reforma, reformar o pensamento. 7ª edição. Tradu.: Eloá Jacobina. Rio de Janeiro. Bertrand Brasil. 2002.

NOFFS, N. A.; ESPÓSITO, V. H. C. Formação de profissionais da Educação: da proposição à ação. **Rev. Psicopedagogia**, v. 28, n. 86, p. 178-84, 2011.

OLIVEIRA, K. R. E. de; BRAGA, E. M. The development of communication skills and the teacher's performance in the nursing student's perspective. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 50, n. esp., p. 32 -38, 2016.

OLIVEIRA, M. I. R. A consolidação da Escola de Enfermagem da Universidade da Bahia. In: FERNANDES, J. D. (org.). **Memorial Escola de Enfermagem 1946-1996**. Salvador: UFBA, 2001.

PEDUZZI, M. *et al.* Interprofessional education: training for healthcare professionals for teamwork focusing on users. **Rev. Esc. Enferm. USP.**, v. 47, n. 4, p. 977-983, 2013.

PEREIRA, A. M. C. *et al.* Contribuições do PET-Saúde na formação dos profissionais de nível superior na área da saúde. *In*: FERLA, A. A.; PINTO, H. A. (orgs.). **Integração entre universidade e sistemas locais de saúde**: experimentações e memórias da educação pelo trabalho. 1. ed. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2017. p. 144-166. Disponível em: http://historico.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/serie-atencao-basica-e-educacao-na-saude/integracao_entre_universidade_e_sistemas_locais_de_saude. Acesso em: 12 jul. 2020.

PEREIRA, I. B. A formação docente na saúde e a questão do sofrimento, adoecimento e emoções na produção do cuidado. *In*: PINHEIRO, R.; LOPES, T.C. (orgs.). **Ética, técnica e formação: as razões do cuidado como direito à saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ: Abrasco, 2010. p. 169-185.

PERES, C. R. F. B.; MARIN, M. J. S.; SORIANO, E. C. I.; FERREIRA, M. L. S. M. A dialectical view of curriculum changes in nursing training. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 52:e03397, 2018.

PINTO, M. R.; SANTIAGO, E. S.; SANTOS, A. S. História da educação em saúde e enfermagem. *In*: SANTOS, A. S.; PASCHOAL, V. D. (orgs.). **Educação em saúde e enfermagem**. Barueri: Manole, 2017. p. 25-54.

RAMOS, A. M. *et al.* Satisfação com a experiência acadêmica entre estudantes de graduação em enfermagem. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis v. 24, n. 1, p. 187-95, jan./mar. 2015.

RIGOBELLO, J. L. *et al.* Care and management actions developed in the Supervised Curricular Internship: perceptions by involved actors. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 52: e03369, 2018.

RODRIGUES, C. R. F. Famílias como contexto do cuidado em saúde: subsídios para o ensino/prática em graduação. *In*: OHARA, E. C. C.; SAITO, R. X. S. (orgs.). **Saúde da família**: considerações teóricas e aplicabilidade. 3. ed. São Paulo: Martinari, 2014. p. 143-159.

RODRIGUES, R. M.; CALDEIRA, S. Movements in high education, in health and nursing education]. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 61, n. 5, p. 629-636, 2008.

SANTOS, A. R. J.; FERREIRA, D. C. R. R.; GAMBARO, J. L. S. Premeditada intenção da retenção velada dos conteúdos científicos no currículo. *In*: SANTOS, A. R. J.; OLIVEIRA, C. C.; MORAES, D. A. F. (orgs.). **Currículo e docência**: interfaces de um mosaico profissional. Londrina: UEL, 2019. p. 87-99.

SANTOS, F. P. A. *et al.* Care practices of the family health strategy team. **Rev. Enferm. UFPE online**, v. 12, n. 1, p. 36-43, 2018.

SANTOS, F. P. A. *et al.* Nurse care practices in the Family Health Strategy. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 69, n. 6, p. 1060-1067, 2016.

SANTOS, C. M.; OLIVEIRA, S. M. G. Estágio extracurricular como complemento das práticas em saúde na graduação. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 26, n. 2, p. 541-546, 2012.

SANTOS, M. Z. dos. *et al.* Degree in nursing: education through problem-based learning. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, n. 4, p. 1071-1077, 2019.

SANTOS FILHO, S. B.; SOUZA, K. V. Methodology to articulate the process of training-intervention-evaluation in the professional education in nursing. **Cien. Saúde Colet.**, v. 25, n. 1, p. 79-88, 2020.

SILVA, A. M. B. da.; A. D. WY SOCK. Educação em saúde e grupos educativos: abordagens importantes. *In*: SANTOS, A. S.; PASCHOAL, V. D. (orgs.). **Educação em saúde e enfermagem**. Barueri: Manole, 2017. p. 73-94.

SILVA, C. F.; MIRANDA, M. G. O.; SARAIVA, A. K. M. O compromisso político que permeia a formação em enfermagem: o estágio em questão. **Rev. Enferm. UFPE online.**, v. 10, n. 9, p. 3275-83, 2016.

SILVA, E. A. L. A trajetória do estágio curricular em Enfermagem. *In*: HENRIQUE, F. C. S.; BITTENCOURT, L. J.; CORDEIRO, R. C. (orgs.). **A saúde coletiva em destaque**. Cruz das Almas: UFRB, 2016. p.129-143.

SILVA, E. A. da. *et al.* Práticas de educação em saúde e qualidade de vida. *In*: SANTOS, A. S.; PASCHOAL, V. D. (orgs.). **Educação em saúde e enfermagem**. Barueri: Manole, 2017. p. 213-232.

SILVA, E. A. L. *et al.* Os Projetos PET-Saúde e Pró-Saúde na indução de mudanças para a formação profissional. *In*: VERA, S. *et al.* (orgs.). **Universidades e redes de atenção à saúde**. Cruz das Almas: UFRB, 2016. p. 19-35.

SILVA, S. de. O. *et al.* Nursing consultation for people with diabetes mellitus: experience with an active methodology. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.7, n.6, p.3103-3108, 2018.

TOLEDO, R. F. de.; PELICIONI, A. F.; ZOMBINI, E. V. Práticas educativas no contexto da promoção da saúde. *In*: OHARA, E. C. C.; SAITO, R. X. S. (orgs.). **Saúde da família: considerações teóricas e aplicabilidade**. 3. ed. São Paulo: Martinari, 2014. p. 457-483.

VILA, K. M. *et al.* Projeto político-pedagógico e formação crítico-reflexiva: elementos facilitadores e dificultadores. **Rev. Enferm. UERJ**, v. 24, n. 5: e21111, 2016.

ZABALZA, M. A. Os professores universitários e a formação do docente universitário. *In*: ZABALZA, M. A. **O ensino universitário: seu cenário e seus protagonistas**. Porto Alegre: Artmed, 2004. p. 105-177.

EMPOWERMENT, QUALIDADE DE VIDA E O MODELO DE CUIDADOS CENTRADO NA PESSOA NO CONTEXTO DA DOENÇA CRÓNICA

Data da submissão: 08-/9/2023

Data de aceite: 01/11/2023

Elisabete Lamy da Luz

I Professora Adjunta Convidada.
Doutoramento em Enfermagem.
Portugal. Instituto Politécnico de
Santarém: Escola Superior de Saúde.
CIEQV-centro de Investigação em
Qualidade de Vida
<https://orcid.org/0000-0002-4841-5251>

RESUMO: Introdução: Os cuidados centrados na pessoa estão relacionados com o Empowerment no caso das doenças crónicas. Os mesmos focam-se na pessoa/família, comunidade e nos processos de decisão relativos à promoção do autocuidado na gestão dos regimes terapêuticos. O cuidado centrado na pessoa ultrapassa não só a maioria dos modelos de enfermagem, mas também as correntes de promoção e políticas de saúde. Enquadramento Teórico: Os conceitos utilizados neste estudo foram sobretudo o Empowerment. Método: Estudo transversal qualitativo com análise de dados de acordo com a teoria fundamentada (Charmaz). Foram realizadas 9 entrevistas semi-estruturadas. Resultados: o processo de construção de *Empowerment* foi categorizado por meio da explicitação teórica: “facilitando a decisão

de acordo com a cabeça de cada um” e foi constituído por três processos/categorias: sensibilização para a necessidade de mudança; percecionar-se como sendo capaz de mudar; decidindo mudar. Este processo é constituído por fases que terão de ser resolvidas, para que a pessoa avance e fazem parte da intencionalidade do enfermeiro ao desenvolver as intervenções de enfermagem. Os cuidados de saúde primários proporcionam um excelente contexto para a aplicação dos cuidados centrados na pessoa na doença crónica, devido à proximidade à população (McCormack & McCance (2017). O cuidado centrado na pessoa e suas necessidades parecem fazer parte de um discurso teórico da enfermagem, mas sem aplicação prática na área. Conclusão: O modelo do cuidado centrado na pessoa na doença crónica poderá dar visibilidade à disciplina de enfermagem, principalmente na obtenção de ganhos em saúde; tendo implicações ao nível da satisfação pessoal, melhoria do bem-estar, autocuidado e prevenção de complicações: nomeadamente na prevenção de mortes precoces, diminuição do número de internamentos.

PALAVRAS CHAVE: *Empowerment*; Doença Crónica; Qualidade de Vida, O

EMPOWERMENT, QUALITY OF LIFE AND THE PERSON-CENTERED MODEL IN CHRONIC DISEASE

ABSTRACT: **Introduction:** Person-centred care is related to empowerment in the case of chronic diseases. It focuses on the person/family, the community and decision-making processes related to the promotion of self-care in the management of therapeutic regimes. Person-centred care goes beyond most nursing models, but also beyond health promotion and policy currents. **Theoretical Framework:** The concepts used in this study were mainly Empowerment. **Method:** Qualitative cross-sectional study with data analysed according to grounded theory (Charmaz). Nine semi-structured interviews were conducted. **Results:** The process of building Empowerment was categorised by means of the theoretical explanation: “facilitating the decision according to one’s own mind” and was made up of three processes/categories: raising awareness of the need for change; perceiving oneself as being capable of change; deciding to change. This process is made up of phases that need to be resolved in order for the person to move forward and is part of the nurse’s intention when developing nursing interventions. Primary healthcare provides an excellent context for the application of person-centred care in chronic illness, due to its proximity to the population (McCormack & McCance (2017). Person-centred care and its needs seem to be part of a theoretical discourse in nursing, but without practical application in the field. **Conclusion:** The model of person-centred care in chronic illness could give visibility to the nursing discipline, especially in achieving health gains; having implications in terms of personal satisfaction, improved well-being, self-care and prevention of complications: namely in preventing early deaths, reducing the number of hospitalisations.

KEYWORDS: Empowerment; Chronic Illness; Quality of Life, Person-Centred Care, nursing.

1 | INTRODUÇÃO

O modelo de cuidados centrado na pessoa significa uma mudança no sentido do envolvimento ativo e da apropriação do percurso de saúde de cada um. Esta abordagem reconhece as pessoas como parceiros activos nos seus cuidados, o que, em última análise, conduz a melhores resultados e a uma melhor qualidade de vida e de cuidados.

Os enfermeiros e os cuidados de saúde, ao combinarem estes elementos, o modelo de cuidados centrados na pessoa, a capacitação e a educação, podem criar um ambiente centrado na pessoa que ajude os indivíduos a assumirem um papel ativo na sua saúde, a tomarem decisões informadas e a trabalharem em colaboração com a sua equipa de cuidados de saúde para obterem melhores resultados em termos de saúde e melhorarem a qualidade dos cuidados. Com este artigo temos como objetivo divulgar alguns resultados da investigação que realizámos e refletirmos sobre o resultado empowerment no contexto da doença crónica e como o modelo centrado na pessoa proposto por McCormack e McCance (2017).

2 | ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Modelo do cuidado centrado na pessoa consiste na filosofia da maioria dos modelos de enfermagem, mas também da promoção e das políticas de saúde atuais. Podendo ser aplicado em todo o espectro dos cuidados de saúde. Reconhece a importância do Empowerment individual e o papel das pessoas no seu autocuidado independentemente do contexto dos cuidados de saúde ou da natureza da doença. Este modelo não só aumenta o envolvimento das pessoas, como também melhora os resultados em termos de saúde, promovendo a qualidade dos cuidados de saúde.

O cuidado centrado na pessoa tem como foco a pessoa/família, a comunidade e os processos de tomada de decisão relacionados com a promoção do autocuidado na gestão de regimes terapêuticos. Este modelo assume uma relação simétrica entre a pessoa e o enfermeiro no contexto em que os profissionais têm o conhecimento e a pessoa tem a experiência na doença crónica. O enquadramento teórico do estudo ancorou-se no conceito de pessoa com doença crónica e regime terapêutico e no seu Empowerment, destacando a teoria da transição de Meleis, o autocuidado de Orem e de autogestão de Rain, Sawin (2009), bem como o conceito de *Empowerment*, como processo e resultado (Rappaport, 1984; Gibson, 1991; Labonte, 1994; Perkins, 1995; Aujoulat et al., 2006; Tengland, 2007). A pesquisa foi realizada em 2015 no contexto do doutoramento em enfermagem. Foi realizado um estudo transversal com 271 participantes de ambos os sexos, com idade entre 18 e 65 anos e com doenças crónicas, no qual caracterizamos seu nível de *Empowerment* e identificamos fatores relacionados a esse resultado. Na 2ª fase, foram identificadas 65 pessoas com elevado nível de *Empowerment* através da aplicação da escala individual de *Empowerment* (Luz, 2017). Das 65 pessoas com doença crónica, selecionamos aquelas que apresentaram maior nível de *Empowerment* e realizámos 9 entrevistas; o que nos permitiu aprofundar a identificação dos fatores pessoais e contextuais dos participantes que contribuem para o *Empowerment* individual e compreender a construção do processo a partir dos participantes, desenvolvendo um estudo de cariz qualitativo.

3 | MÉTODO

3.1 Tipo de estudo

Estudo qualitativo transversal descritivo.

3.2 Desenho do Estudo

Na primeira parte, decidiu-se identificar e desenvolver a escala de *Empowerment* individual e aplicá-la nos CSP, nas unidades funcionais dos ACES. Nesta etapa criámos e validámos a escala e a partir dela identificámos as pessoas que tinham os valores mais altos na escala, ou seja, seriam as mais qualificadas. Posteriormente, selecionámos

nove utentes com maior nível de *Empowerment* e que aceitaram realizar entrevistas semiestruturadas num local à sua escolha (domicílio ou unidade funcional onde foi aplicado o questionário). Optou-se pela orientação da Teoria Fundamentada (Charmaz, 2014) para análise dos dados.

3.3 Amostra Teórica

Os participantes do estudo qualitativo foram selecionados a partir da amostra de 271 sujeitos de acordo com seu nível de *Empowerment*. Identificamos 68 pessoas com alto nível de *Empowerment*, que foi definido através da aplicação de uma escala do tipo likert de 1 a 4 valores, correspondendo a 25% da amostra, acima de 3,58. Os participantes foram sendo contactados considerando, por ordem decrescente o nível de *Empowerment*; nove concordaram em realizar a entrevista semiestruturada. Esta foi considerada a amostra teórica porque orientou o pesquisador no caminho que precisava de percorrer para obter dados explicativos das categorias considerando o desenvolvimento conceptual e teórico do tema.

3.4 Colheita de Dados

A colheita de dados ocorreu no período de julho a outubro de 2015 por meio de entrevistas semiestruturadas, as quais foram realizadas em local escolhido pelos participantes e previamente agendado com a pesquisadora. Elas foram gravadas e transcritas. Assim, seis entrevistas acontecem no domicílio, duas na unidade de saúde e uma no local de trabalho.

3.5 Análise de Dados

A análise das nove entrevistas foi realizada segundo o método da Teoria Fundamentada proposta por Charmaz (2014).

4 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Facilitando a decisão de acordo com a cabeça de cada um.

A processo de “Facilitando a decisão de acordo com a cabeça de cada um” é constituído por fases e explica o processo de decisão de acordo com a individualidade e o que se compreende durante este processo. A pessoa tem a capacidade de agir em sinergia com o mundo e o potencial de gerir e orientar a mudança. A **consciencialização da necessidade de mudança** será o primeiro passo, caracterizado pelos seguintes indicadores: Pré-consciencialização; Fatores Individuais; Atitudes (pessoas e profissionais de saúde); Ambiente facilitador de *Empowerment*. A pré-consciencialização corresponde a uma fase em que a pessoa já manifesta abertura para iniciar a mudança; poderá haver o confronto com o diagnóstico clínico e a necessidade de iniciar o tratamento, que será para toda a vida. Podendo ser uma fase de choque com a realidade, mas também, e muitas vezes, o primeiro

contacto com os profissionais de saúde. Os fatores individuais correspondem a indicadores que refletem a percepção da pessoa sobre a gravidade de sua doença e sua reação ao diagnóstico; cada um reage e “responde” de acordo com o significado atribuído à gravidade da doença, o mesmo condiciona a consciencialização da doença e tratamentos. As atitudes das pessoas poderão caracterizar-se por flexibilidade na gestão do regime terapêutico, o assumir a responsabilidade na gestão do mesmo, e necessidade de tempo. Sendo importante o enfermeiro dar tempo às pessoas para que estas integrem a complexidade do seu regime e estar disponível para responder às dúvidas. As atitudes dos enfermeiros devem promover e facilitar o diálogo interno da pessoa, promovendo os diferentes tipos de saber, nomeadamente o saber mobilizar e saber transferir, criando um ambiente relacional facilitador da reflexão crítica e o autoconhecimento. A consciencialização é uma etapa determinante para a integração do regime terapêutico na identidade da pessoa sendo importante o enfermeiro facilitar a consciencialização da necessidade de mudar à pessoa com doença crónica. Promovendo a reflexão sobre as suas crenças e valores sobre a doença, os seus medos, sobre as decisões e, sobretudo, perceber se a pessoa se sente capaz de mudar e fornecer informação considerando a necessidade da mesma.

Percecionando-se como sendo capaz de mudar será a etapa seguinte, em que a pessoa tem percepção do seu poder interno. Esta percepção depende de um conjunto de condições que se traduzem nos seguintes indicadores:

- Atributos pessoais de estilo de gestão do regime terapêutico de predomínio Responsável;
- Suporte ou ajuda da família e profissionais de saúde.

A família, amigos e vizinhos são o principal suporte na gestão do regime terapêutico sobretudo ao nível do regime farmacológico. A diversão, o humor, “esquecer a doença” e os amigos são estratégias que correspondem a mecanismos de *coping* focados na emoção de maneira a encontrar formas de lidar bem com as emoções negativas com que se confrontam, o que pode demorar mais tempo até à utilização das estratégias de *coping* centradas nos problemas. O suporte profissional é muito valorizado e a “continuidade” dos mesmos profissionais ao longo do tempo adquire um significado de “ser conhecido”, aumentando a sensação de segurança. Poder expor as suas angústias e necessidades aos profissionais e sentir confiança nos mesmos é muito importante para promover o autoconhecimento e o *Empowerment*.

A pessoa terá que se consciencializar da necessidade da mudança, este será o primeiro passo para posteriormente percecionar-se como capaz de mudar e, depois, **decidir mudar**. Esta etapa consiste na integração do regime terapêutico e desenvolvimento de uma identidade fluida e mestria que se traduz, neste estudo, pelos seguintes indicadores:

- Fazer tudo tão bem que já entrou na rotina;
- Fazer mudanças e conseguir;

- Manter o equilíbrio;
- (Con) viver com a doença crónica.

Estes três subprocessos acontecem quando a pessoa com doença crónica se confronta com o diagnóstico, altura em que o enfermeiro assume o papel de facilitador da decisão, considerando a individualidade do ser humano. A consciencialização das pessoas com doença crónica em relação ao seu papel é um passo muito importante para a mudança, sendo o primeiro sem o qual a mesma não se concretiza.

Contudo, nem todas as pessoas com doença crónica atingem esta consciencialização. Quando acontece, a pessoa compromete-se consigo própria e envolve-se cada vez mais, estabelecendo metas e objetivos, sentindo-se “*empowered*”. Quando a pessoa sente que tem poder para mudar, ela efetivamente está preparada para tal, mas pode ainda não ter decidido. Cabe, então, ao enfermeiro estabelecer uma relação de confiança e respeito mútuo com base no significado ou sentido que as pessoas dão aos problemas colocados pela sua doença crónica e os seus objetivos. O fio condutor da intenção do enfermeiro irá depender da natureza da ajuda que a pessoa com doença crónica necessita. Quando a pessoa com doença crónica decide mudar cabe ao enfermeiro olhar para as capacidades presentes para que essa mudança se concretize, (re) construindo a identidade e dando segurança; assumindo o profissional o papel de facilitador de habilidades e competências que permitam à pessoa gerir o seu regime terapêutico. Quando realmente a pessoa se sente “*empowered*” e decide mudar, a mesma consegue atingir os seus objetivos e as suas metas.

Este processo não é fácil, nem para a pessoa com doença crónica nem para os enfermeiros, a quem não foi reconhecido um papel significativo pelas pessoas que participaram no estudo. Sete participantes referiram mesmo que não houve qualquer contacto ou relação com os enfermeiros. Apenas um dos participantes, que é seguido na APDP, refere o apoio e as intervenções dos enfermeiros, mas em conjunto com as atividades clínicas médicas, baseando-se em monitorizações dos processos corporais, como por exemplo, avaliação do peso, glicémia capilar e ensinos standard. Torna-se relevante perceber porque é que as pessoas mais “*empowered*” não percecionam os enfermeiros enquanto recurso.

4.2 Discussão

A explicação teórica do processo “Facilitando a Decisão de Acordo com a “cabeça de cada um” significa que a intencionalidade das intervenções terapêuticas de enfermagem consiste em apoiar e promover o *Empowerment*, a autonomia e responsabilidade de acordo com a individualidade de cada um. Este processo de “Facilitando a Decisão de acordo com a “cabeça de cada um” é constituído por fases que correspondendo a etapas que terão que ser resolvidas, por parte da pessoa para seguir em frente, fazem parte da intencionalidade dos enfermeiros quando desenvolvem as terapêuticas de enfermagem. A intencionalidade

baseada exclusivamente na aquisição de competências instrumentais e na adesão falham frequentemente face à necessária tomada de decisão em assuntos de saúde (Bastos, 2012). O desenvolvimento da competência de “sentir-se empowered” é um desafio para a enfermagem, porque criar ambientes promotores do crescimento numa perspetiva “Rogeriana” permite a ambos crescer e o encontro, a presença e a relação terapêutica adquirem um significado que sendo promotor de *Empowerment* acresce ganhos em saúde para a pessoa com doença crónica.

Consideramos que os cuidados de saúde primários proporcionam um contexto de excelência para a aplicação de um modelo centrado na pessoa com doença crónica pela sua proximidade à população, tal como refere McCormack, McCance (2017). Porém neste estudo, constatámos que nenhum dos participantes referiu o enfermeiro como recurso ou suporte na gestão do regime terapêutico ao nível dos CSP, não lhe atribuíram um significado. O modelo do cuidado centrado na pessoa e nas suas necessidades parece fazer parte de um discurso teórico da disciplina de enfermagem, mas sem uma efectiva translação do conhecimento na clínica.

5 | CONCLUSÃO

A implementação do modelo de cuidados de saúde centrado na pessoa no contexto da prática poderá conduzir ao empowerment como resultado. Caracterizando-se por uma abordagem individualizada, uma vez que considera nos planos de cuidados e estratégias as necessidades preferências e objetivos únicos de cada pessoa. Esta personalização dá poder, reconhecendo a sua individualidade de cada um e envolvendo as pessoas na tomada de decisões partilhada. Promovendo um sentimento de autonomia. Os planos de cuidados são realizados em conjunto, considerando a estilo de vida e preferências das pessoas; este esforço de colaboração permite a apropriação dos seus cuidados e do seu percurso terapêutico. Os cuidados centrados na pessoa na pessoa colocam mais responsabilidade no paciente para participar ativamente nos seus cuidados. Esta mudança de um papel passivo para um papel ativo pode levar a um aumento da confiança e a uma sensação de controlo. Quando as pessoas sentem que as suas escolhas e opiniões são valorizadas, é mais provável que se sintam capacitados no seu percurso de cuidados de saúde.

Este modelo também promove melhoria da comunicação porque incentivam uma comunicação aberta e honesta entre profissionais e pessoa. Esta troca de informações permite a expressão das preocupações, o questionamento e que sejam mais proactivos na gestão da sua saúde.

Ao longo de percurso as pessoas experienciam os benefícios do modelo e veem melhorias na sua saúde, é mais provável que se empenhem ainda mais e se sintam capacitados para continuar a gerir eficazmente a sua doença crónica.

Quando consideramos o empowerment como resultado, implica observar mudanças

e resultados tangíveis no comportamento, na mentalidade e no bem-estar da pessoa. É um processo contínuo que significa uma mudança no sentido do envolvimento ativo e da apropriação do percurso de saúde de cada um. Esta abordagem reconhece as pessoas como parceiros activos nos seus cuidados.

O modelo do cuidado centrado na pessoa é caracterizado pelos autores como sendo *empoderador*, pelo que a sua aplicação ao nível das intervenções de enfermagem e simultânea avaliação do resultado *Empowerment* poderia dar visibilidade à enfermagem, sobretudo na obtenção de ganhos em saúde; tendo implicações ao nível da satisfação da pessoa, melhoria do bem-estar, autocuidado, qualidade de vida, e prevenção de complicações: nomeadamente na prevenção de mortes antecipadas, diminuição do número de internamentos.

REFERÊNCIAS

Aujoulat, I. H. (2006). Patient Empowerment in theory and practice: Polysemy or cacophony? Patient Education and Counselling.

Bastos, F. S. (2015). A Pessoa com Doença Crónica: Uma teoria explicativa sobre a problemática da gestão da doença crónica e do regime terapêutico. Edições Académicas.

Charmaz, K. (2014). Constructing Grounded theory. London: Sage.

Labonte, R. (1994). Health Promotion and Empowerment : Reflections on Professional Practice. Health Education Quarterly, 2(Community Empowerment , Participatory Education and Health. (253-268)

Gibson, C. (1991). A Concept Analysis of Empowerment. Journal of Advanced Nursing, 16(354-361).

Luz, Elisabete L.; Bastos, Fernanda; Vieira, Margarida M.; et al .(2017). Contribution to the translation and validation of the Adapted Illness Intrusiveness Ratings Scale for the Portuguese context. Revista Referência, 15(43 – 52).

Meleis, A. (2010). Transitions Theory. Middle Range and Situation Specific could Theories in Nursing Research and Practice.: Springer Publishing Company

McCormack, McCance (2017). Person Centred Practice in Nursing and Health Care: Theory and Practice.2 ed. Chichester, West Sussex; Ames, Iowa: John Wiley&Sons Inc.

Orem, D. (2001). Nursing: Concepts of Practice. St Louis: Mosby.

Perkins, D. Z. (1995). Empowerment Theory, research and application. American Journal of Community Psychology, 23(569-579).

Rappaport, J. (1984). Studies in Empowerment: Introduction to the issue . Prevention in Human Services.

Ryan, P.; Sawin, K.; (2009). The Individual and Family Self-Management Theory: Background and perspectives on context, process, and outcomes. Nursing Outlook, 57(217-225).

Tengland, P. A. (2007). Empowerment: A goal or a means for Health promotion? *Health Care Philosophy*, 2(197-207).

POTENCIALIDADES E DESAFIOS DO USO DE MÍDIAS DIGITAIS COMO ESTRATEGIA DE PROMOÇÃO DA SAÚDE: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Data de submissão: 21/09/2023

Data de aceite: 01/11/2023

Laise Ramos e Silva

Hospital Universitário do Piauí, Empresa
Brasileira de Serviços Hospitalares
Teresina – Piauí
<http://lattes.cnpq.br/1042700938212195>

Amando Oliveira Matias

Universidade Federal do Piauí, CampZus
Amílcar Ferreira Sobral
Floriano – Piauí
<http://lattes.cnpq.br/5740195932530148>

Florisvaldo Clementino Santos Filho

Universidade Federal do Piauí, Campus
Amílcar Ferreira Sobral
Floriano – Piauí
<http://lattes.cnpq.br/6033248350460741>

Marcones Ferreira Costa

Universidade Federal do Piauí, Campus
Amílcar Ferreira Sobral
Floriano – Piauí
<http://lattes.cnpq.br/9173274166161129>

Willamys Rangel Nunes de Sousa

Instituto Federal do Piauí, Campus
Floriano
Floriano – Piauí
<http://lattes.cnpq.br/0961738895419622>

RESUMO: As mídias digitais propiciam o compartilhamento de informações e a produção ativa de conteúdo, gerando visibilidade e modificando os ambientes de aprendizagem. Objetivo: Relatar as dificuldades e potencialidades da elaboração de conteúdos para as mídias digitais durante a pandemia do Coronavírus. Métodos: Relato de experiência, de caráter descritivo e qualitativo, vivenciado por um grupo de discentes e docentes pertencentes à Universidade Federal do Piauí – UFPI, no período de março de 2021 a fevereiro de 2022. Resultados: O grupo realizou a produção de cerca de 67 materiais de diferentes formatos e temáticas. Destaca-se como potencialidade do uso das mídias digitais a possibilidade de trabalhar a ludicidade. Outro benefício foi a possibilidade de criação do conteúdo de acordo com a necessidade momentânea do usuário e região. Dentre as limitações destaca-se que os valores absolutos de beneficiários não poderão ser totalmente estabelecidos e a dificuldade em manter a atenção do público por um longo período de tempo. Outro limitante foi a demanda de tempo para a elaboração de conteúdo. Conclusão: A utilização do meio virtual como ferramenta de prevenção e promoção

em saúde mostrou-se com o potencial de ampliar as estratégias de educação em saúde e a circulação da informação, ocasionando a construção de conhecimento.

PALAVRAS-CHAVE: Educação em saúde; promoção da saúde; redes social

POTENTIALS AND CHALLENGES OF USING DIGITAL MEDIA AS A HEALTH PROMOTION STRATEGY: EXPERIENCE REPORT

ABSTRACT: Digital media facilitate the sharing of information and the active production of content, generating visibility and modifying learning environments. Objective: Report the difficulties and potential of creating content for digital media during the Coronavirus pandemic. Methods: Experience report, of a descriptive and qualitative nature, experienced by a group of students and teachers belonging to the Federal University of Piauí – UFPI, in the period of March 2021 to February 2022. Results: The group produced around 67 materials of different formats and themes. The potential of using digital media stands out as the possibility of working on playfulness. Another benefit was the possibility of creating content according to the current needs of the user and region. Among the limitations, it stands out that the absolute values of beneficiaries cannot be fully established and the difficulty in maintaining public attention for a long period of time. Another limitation was the time requirement for creating content. Conclusion: The use of the virtual environment as a health prevention and promotion tool showed the potential to expand health education strategies and the circulation of information, leading to the construction of knowledge.

KEYWORDS: Health education; health promotion; social networks

1 | INTRODUÇÃO

A educação em saúde é um processo que envolve as relações entre os profissionais de saúde, os gestores e a população que necessita construir seus conhecimentos e aumentar sua autonomia nos cuidados individuais e coletivamente (LIMA, et al.,2021).

Entende-se que a educação em saúde é de essencial importância para o combate a desinformação através da produção e transmissão de conhecimentos técnico científicos com linguagem de acessível compreensão para a população (CRUZ; PAULO; DIAS; MARTINS, 2021). Com isso, a mesma seria o processo onde o conhecimento é originado no campo científico, intermediado pelos profissionais de saúde/educação e repassado para a população, de modo que gere impactos significantes e mudanças nos hábitos de vida, oferecendo assim subsídios para a compreensão do processo saúde - doença e autocuidado (DE SOUSA, et al.,2020).

A população e os profissionais da saúde/educação têm utilizado ferramentas do espaço digital como um instrumento para veicular informação. Além disso, a população tende a servir-se desses espaços na busca por informações sobre agravos a saúde, expor seus sentimentos e suas experiências com o processo de adoecimento e compartilhar suas angústias e sofrimentos com outros que também estão vivenciando algo semelhante (CRUZ; PAULO; DIAS; MARTINS, 2021; DURÉ, et al., 2018). Assim, as ferramentas digitais

tornam-se aliadas nas atividades pedagógicas e de promoção a saúde, tanto na exposição de informações quanto proporcionado espaços colaborativos e interativos entre as pessoas (LIMA, et al., 2021).

Nesse contexto, as mídias digitais propiciam o compartilhamento de informações e a produção ativa de conteúdo, gerando visibilidade e modificando os ambientes de aprendizagem, sendo utilizadas para trocas de conhecimento, aulas de Educação a Distância (EaD) e consultas online. As informações são processadas em uma velocidade espantosa, o que demonstra a necessidade da apropriação de instrumentos e de ferramentas no ensino capazes de acompanhar essa evolução constante. Contudo, vale destacar que devemos sempre buscar fontes confiáveis e de respaldo, para defrontar informações sem validação científica (MORAIS; VERGARA; BRITO; SAMPAIO, 2020).

Portanto, as redes sociais podem ser usadas como espaço para educação em saúde e de controle social, sendo de suma importância conhecer as potencialidades e fragilidades dessa tecnologia da informação e seu uso na saúde. Diante dos argumentos supracitados, *o objetivo deste estudo é* relatar as dificuldades e potencialidades na elaboração de conteúdos para as mídias digitais em meio a pandemia do Coronavírus (Covid-19).

2 | MÉTODO

Trata-se de um relato de experiência, de caráter descritivo e abordagem qualitativa. O relato de experiência se traduz como sendo uma descrição sobre determinadas vivências, que sejam capazes de contribuir para a construção do conhecimento de diversas áreas, realizando diferenciação e associação crítico-reflexiva (MUSSI; FLORES; ALMEIDA, 2021).

O estudo foi realizado usando as mídias sociais *Instagram®*, *YouTube®* e *WhatsApp®*, devido ao elevado impacto social no quesito circulação de informação. Foi criado um perfil na rede social *Instagram®*, através do ID de usuário @minutociencia_, onde foram feitas as postagens sobre temas relacionados a saúde e ao cotidiano. A partir da página do *Instagram®*, essas publicações foram “repostadas” nas duas outras mídias citadas. As postagens e as análises foram realizadas no período de março de 2021 a fevereiro de 2022.

A ação foi realizada por um grupo de discentes e docentes pertencentes à Universidade Federal do Piauí – UFPI e consultoria de uma enfermeira do Hospital Universitário do Piauí. Todas as atividades desenvolvidas no projeto foram realizadas de forma remota, com reuniões em grupo utilizando Sala Virtual do Google Meet®.

As atividades executadas foram realizadas em quatro momentos. No primeiro momento, foram coletadas informações falsas recebidas pelo grupo executor nos espaços digitais citados, com o objetivo de levantar as principais *Fakes News* e dúvidas que mais circulavam sobre a COVID-19. Além, da coleta de temas relacionados a saúde e ao cotidiano da população. As temáticas foram escolhidas com o intuito de sensibilizar a população para

questões de educação em saúde. No segundo momento, houve a necessidade de pesquisar e organizar as informações coletadas. Para a pesquisa, foram utilizados artigos publicados em periódicos científicos e informações/recomendações de órgão oficiais (ANVISA, OMS e Ministério da Saúde). No momento seguinte realizou-se a produção e avaliação do material educativo, ajustando a linguagem e usando recursos visuais atrativos. O quarto momento consistiu na divulgação do material produzido através das redes sociais e na análise desse processo. Utilizou-se de humor como forma de atingir maior interatividade.

Vale destacar que na produção do material educacional foi implementado um processo sistemático interno com quatro etapas de trabalho, sendo eles: (1) produção; (2) revisão; (3) avaliação final e (4) gerenciamento da página no Instagram e das outras redes sociais. Durante o processo de pesquisa e produção, o material também passava por uma avaliação coletiva, que analisava fatores gerais, tais como: clareza, objetividade, coerência, adequação da linguagem a população e criatividade, visando realizar educação em saúde com qualidade, correta e acessível.

Por se tratar de um relato de experiência, com o intuito exclusivamente de educação, não houve a aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Além disso, não foi analisado ou divulgado nenhum dado que possibilite identificar os indivíduos, respeitando o preconizado pela Resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) (BRASIL, 2016).

3 | RESULTADOS

Este trabalho surgiu pela integração multidisciplinar e intersetorial corroborado pela tríade ensino-pesquisa-extensão, utilizou-se de temáticas diversas na Educação em Saúde. Optou-se pelas mídias digitais *Instagram*®, *YouTube*® e *WhatsApp*®, devido ao elevado impacto social no quesito circulação de informação.

Atualmente, o *Instagram*®, dentre as diversas mídias sociais, é uma das mais utilizadas, por ter uma interface dinâmica e interativa, além de seu fácil acesso aos usuários da rede, por meio do qual é possível o compartilhamento de diversos conteúdos, através de publicações esclarecedoras e estimuladoras e que podem ainda ser compartilhadas por outros meios, como por exemplo, o *WhatsApp*® (BERNARDES, 2021).

Entende-se que, com o advento da Era Digital, todos estariam conectados em uma rede complexa de informações virtuais. Assim, reafirma-se a necessidade de incorporação de estratégias que visem a conexão social, a troca de conhecimentos e democratização da informação (DE SOUZA, et al., 2020; MORAIS; VERGARA; BRITO; SAMPAIO, 2020).

O uso das mídias sociais na educação em saúde, mostra-se uma estratégia eficiente para combater a desinformação (CRUZ; PAULO; DIAS; MARTINS, 2021). Desde sua criação, em março de 2021, a página educativa criada pelo grupo na rede social *Instagram* obteve uma média de alcance de 236 contas e, um total de 4.813 impressões

nos materiais postados. Observou-se, também que postagens relacionadas ao Covid-19, sempre obtiveram os melhores índices da página. Mostrando que a aproximação entre os conteúdos científico-curriculares ao cotidiano do indivíduo é o ponto de partida para a compreensão e busca pelo conhecimento (DURÉ, et al., 2018).

No processo de divulgação dos conteúdos foi monitorado as ferramentas e linguagens utilizadas, observou-se também participações, elogios, compartilhamentos e comentários. Evidenciando que a iniciativa foi bem aceita pela comunidade. O grupo realizou a produção de cerca de 67 materiais de diferentes formatos (carrossel, enquetes, reels, live e IGTV). Alguns exemplo, das publicações podem ser observados na Figura 1.

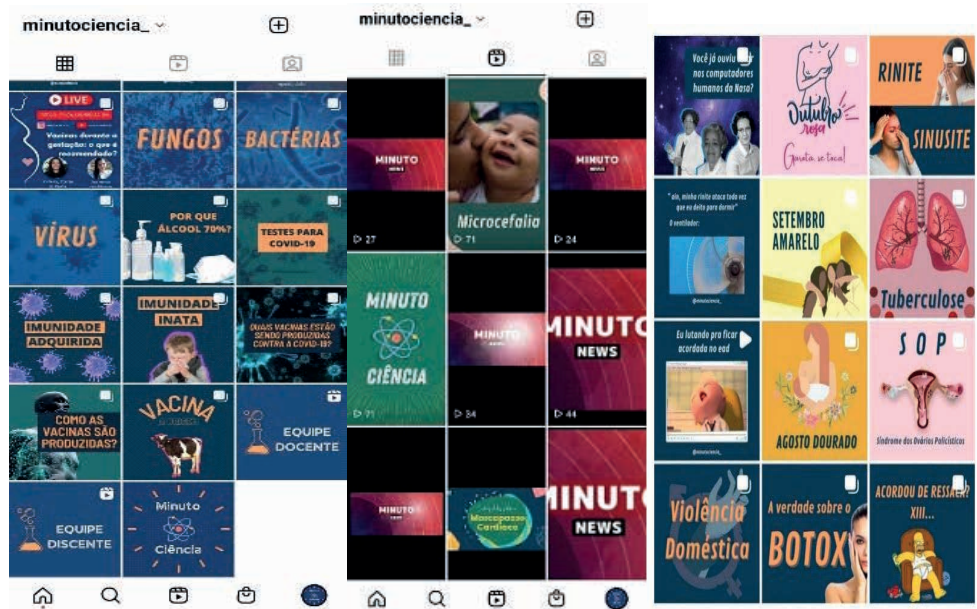


FIGURA 1: Conteúdos produzidos no perfil Minuto Ciência (@minutociencia_) no Instagram®

Fonte: Arquivo pessoal dos autores, 2023

POTENCIALIDADES

Destaca-se como potencialidade do uso das mídias digitais a possibilidade de trabalhar a ludicidade (DE SOUZA, et al., 2020). Uma das estratégias para melhorar a interatividade foi a introdução do humor nas postagens. Logo, o perfil trouxe temas científicos e rotinas do cotidiano em forma de “memes”, que foram introduzidos nas postagens no formato carrossel, IGTV, *Stories* e *Reels*.

Após a introdução do humor entre as temáticas, começou-se a explorar melhor as postagens nos *stories*, pois o compartilhamento era mais fácil de se realizar melhorando o alcance e a disseminação da página. Foram elaborados enquetes, viabilizando assim, que os seguidores interagissem com o conteúdo de forma a provocar uma aprendizagem

prazerosa e significativa, além de adquirir a informação correta brincando.

Como observado na Figura 2, foi criado o quadro “Palavra do Dia”, um campo temporário com duração de 24h com a finalidade de informar o significado de palavras do ramo científico, em modelo de “vocabulário”. De acordo com Almeida 2005, a democratização do acesso a informação, a troca de experiências, a compreensão crítica da realidade e o desenvolvimento humano, social, cultural e educacional levam a criação de uma sociedade mais justa e igualitária.



FIGURA 2: Postagens sobre as palavras do ramo científico de destaque no momento

Fonte: Arquivo pessoal dos autores, 2023

Assim, a pagina serviu como ferramenta de um processo onde o conhecimento é originado no campo científico, intermediado pelos profissionais de saúde/educação e repassado para a população, gerando impactos significantes e mudanças nos hábitos de vida, oferecendo subsídios para a compreensão do processo saúde - doença e autocuidado

(DE SOUZA et al., 2020).

Outro benefício foi a possibilidade de criação do conteúdo de acordo com a necessidade momentânea do usuário e a participação ativa da população através da interação nos *chats*, enquetes e *posts*. Segundo De Souza e colaboradores (2020) essa interação permite que produção do conteúdo seja contínua, dinâmica e multidimensional, favorecendo o exercício crítico e reflexivo das informações.

De acordo com Cruz e colaboradores (2021) a população utiliza as mídias sociais na busca por informações, expor seus sentimentos, experiências e compartilhar suas angústias com outros.

LIMITAÇÕES DA EXPERIÊNCIA

Dentre as limitações destaca-se que os valores absolutos de beneficiários não poderão ser totalmente estabelecidos, pois o material divulgado foi disponibilizado e divulgado em redes sociais diferentes e um aplicativo de mensagens instantâneas.

Observa-se que as redes sociais são importantes ferramentas de interação social, que, por meio de seguidores, curtidas e conversas em chats, permitem reduzir as fronteiras territoriais. No entanto, este desejo de imediatismo, incontestável entre a população que faz uso das redes sociais (STAHLHOFER, et al., 2021), mostrou-se como barreira para despertar o interesse contínuo do público-alvo em nossa página.

Como foi evidenciado, na Figura 3, ocorreu a redução do número de curtidas ao longo das publicações no formato carrossel (onde o leitor tem que passar as imagens adiante para captar todas as informações que contidas na publicação). Reafirmando, a dificuldade em manter a atenção do público por um longo período de tempo. Já o formato Reels obteve maior abrangência de público, visto que facilita a compreensão e economiza tempo de quem é movido pela praticidade.

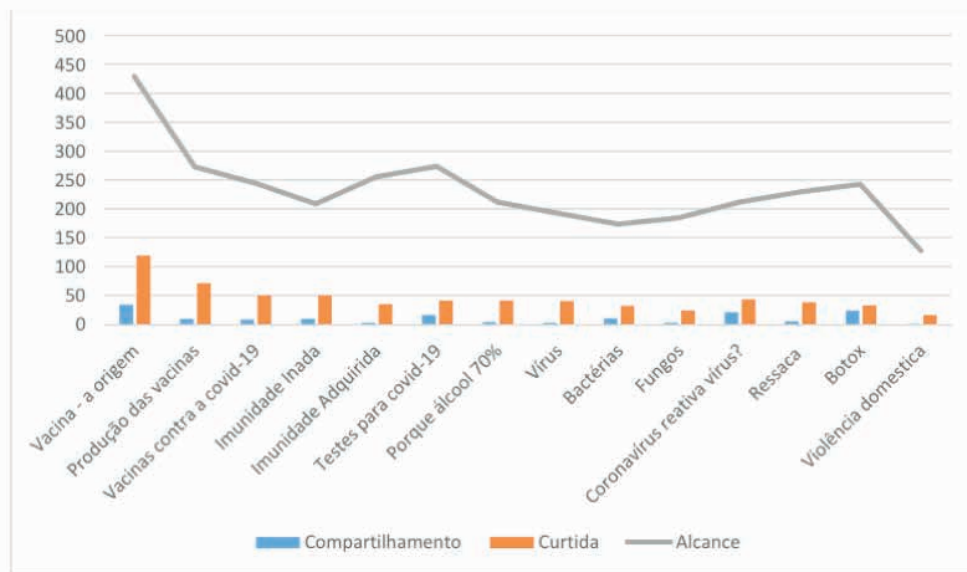


Figura 3 - Número absoluto de compartilhamentos, curtidas e alcance das postagens no em formato carrossel

Fonte: Arquivo pessoal dos autores, 2023

Outro limitante foi a demanda de tempo para a elaboração de conteúdo. Pois, os conteúdos foram elaborados levando em consideração a clareza e possibilidade de uma única interpretação, sem margens para dualidades, e a necessidade de cautela do uso das estratégias, preconizando assim, seguir os princípios éticos e morais. Quando deixadas de lado essas orientações, corre o risco de levar a população uma informação errônea, sem fundamentos científicos (DE SOUZA, et al., 2020).

4 | CONCLUSÃO

A utilização do meio virtual como ferramenta de prevenção e promoção em saúde mostrou-se com o potencial de ampliar as estratégias de educação em saúde e a circulação da informação, ocasionando a construção de conhecimento.

A associação das ferramentas digitais na formação do cuidado destinado à saúde deve ser considerada no contexto de um mundo globalizado e interconectado. Uma vez que, o uso adequado das mídias digitais valoriza o pensamento crítico-reflexivo e a participação transformadora na sociedade.

REFERÊNCIAS

ABREU, N.R.F.O.; DE CARVALHO, A.L.B. Avanços e desafios da comunicação digital em saúde na era da pandemia. **Revista de APS**, v. 24, 2021.

ALMEIDA, M.E.B. Tecnologia na escola: criação de redes de conhecimentos. In: Almeida MEB, Moran JM. Integração das tecnologias na Educação: Salto para o Futuro. Brasília: MEC/SEED, 2005, p.71-73.

BERNARDES, P.C. F. Utilização do aplicativo Instagram® como Ferramenta de educação em saúde sobre aleitamento materno. 37f. Trabalho de conclusão de curso (Graduação). Escola de Ciências Sociais e da Saúde. Curso de Enfermagem. Pontifícia Universidade Católica de Goiás, 2021.

BRASIL, Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 24 maio 2016.

CRUZ, D. I.; PAULO, R. R. D.; DIAS, W. S.; MARTINS, V. F. O uso das mídias digitais na educação em saúde. Disponível em: *Cadernos da FUCAMP*, v.10. n.13.p, 130-142, 2011.

DE SOUZA, T.S.; FERREIRA, F.B.; BRONZE, K.M.; GARCIA, R.V.; DE REZENDE, D.F.; DOS SANTOS, P.R.; ET AL. Mídias sociais e educação em saúde: o combate às Fake News na pandemia da COVID-19. **Enfermagem em Foco**, v. 11, n. 1. ESP, 2020.

DURÉ, R. C.; DE ANDRADE, M. J. D; ABÍLIO, F. J. P. ENSINO DE BIOLOGIA E CONTEXTUALIZAÇÃO DO CONTEÚDO: QUAIS TEMAS O ALUNO DE ENSINO MÉDIO RELACIONA COM O SEU COTIDIANO?. **Experiências em ensino de ciências**, v. 13, n. 1, p. 259-272, 2018.

LIMA, M. A. G. de; MENDES, L. S. F.; MACHADO, A. L. L. B.; FREITAS, M. C. de; SANTOS, T. R. dos; BEZERRA, A. D. C.; GOMES, F. T. B.; FEITOSA, K. da C. da S.; NASCIMENTO, C. E. M. do; MARÇAL, M. E. A.; SILVA, V. C. da; SILVA FILHO, L. S. da . Impact of social media on health education actions for the population. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 10, n. 2, p. e10810212231, 2021. DOI: 10.33448/rsd-v10i2.12231. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/12231>. Acesso em: 17 sep. 2023.

MORAIS, E. R.; VERGARA, C. M. A. C.; BRITO, F. O.; SAMPAIO, H. A. C. Serious games para educação em higiene bucal infantil: uma revisão integrativa e a busca de aplicativos. **Ciênc.saúde coletiva**, v.25.n. 8, 2020.

MUSSI, R.F.F.; FLORES, F.F.; ALMEIDA, C.B. Assumptions for the preparation of an experience report as scientific knowledge. **Rev. Práxis Educ.** [internet], v. 17, n. 48. p:60-77, 2021. <https://doi.org/10.22481/praxisedu.v17i48.9010>.

STAHLHOFER, B. D.; MULLER, G. A.; KESKE, C. BIOLOGIA FORA DA ESCOLA: O USO DA REDE SOCIAL INSTAGRAM NO ENSINO DE BIOLOGIA PARA EDUCANDOS DO ENSINO MÉDIO. **Revista Tecnologias Educacionais em Rede (ReTER)**, p. e13/01-15, 2021.

SILVA, D.S.M.; ET AL. Metodologias ativas e tecnologias digitais na educação médica: novos desafios em tempos de pandemia. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 46, 2022.

IMPACTOS DA PANDEMIA DA COVID-19 NAS NOTIFICAÇÕES DE SÍFILIS CONGÊNITA E ADQUIRIDA

Data de aceite: 01/11/2023

Micheline Veras de Moura

Doutoranda Universidade Coimbra. Mestre em Enfermagem Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Aliete Cristina Gomes Dias Pedrosa da Cunha Oliveira

Professora da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Karla Cristina Walter

Coordenadora do Curso de Enfermagem da IMEPAC. Doutoranda Universidade Coimbra.

Júlia Silva Fonseca dos Anjos

Discente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

Leila Maria Araújo Vidal

Enfermeira Hospital Onofre Lopes. Mestre em Gestão

Ana Elza Oliveira de Mendonça

Orientador. Professora Doutora do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

pelo *Treponema pallidum*. Considerando que a notificação e o monitoramento das informações são de fundamental importância para a eliminação da sífilis, faz-se necessária uma investigação que forneça subsídios para planejar e definir as intervenções necessárias durante a pandemia da COVID-19. Assim, objetivou-se analisar as repercussões da pandemia nas notificações de sífilis adquirida e sífilis congênita em 2019 e 2020. Trata-se de uma pesquisa documental de abordagem quantitativa, com dados secundários do Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN). Foram notificados 34 casos de crianças com sífilis em 2019 e quatro casos em 2020, uma queda significativa de 88%. Foram notificados 37 casos de sífilis adquirida em 2019 e em 2020, 0 (zero) casos, representando queda muito expressiva de 100%. A pandemia acarretou modificações no perfil de atendimento, o monitoramento e a qualidade das notificações, o que poderá comprometer o controle e erradicação da sífilis.

PALAVRAS-CHAVE: COVID -19; Notificações; Sífilis adquirida; Sífilis congênita.

RESUMO: A sífilis é um problema de saúde pública causado por uma infecção sistêmica

ABSTRACT: Syphilis is a public health

problem caused by a systemic infection by *Treponema pallidum*. Considering that the notification and monitoring of the information is of fundamental importance for the elimination of syphilis, an investigation is necessary that provides subsidies to plan and define the necessary interventions during the COVID-19 pandemic. The aim of this study was to analyze the repercussions of the pandemic in notifications of acquired syphilis and congenital syphilis in 2019 and 2020. This is a documentary research with a quantitative approach, with secondary data from the National System of Notifiable Diseases (SINAN). 34 cases of children with syphilis were reported in 2019 and four cases in 2020, a significant drop of 88%. 37 cases of syphilis acquired in 2019 and in 2020, 0 (zero) cases were reported, representing a very significant drop of 100%. The pandemic led to changes in the service profile, monitoring and quality of notifications, which could compromise syphilis control and eradication.

KEYWORDS: COVID-19; Notifications; Acquired syphilis; Congenital syphilis.

1 | INTRODUÇÃO

A sífilis é um problema de saúde pública e se caracteriza por uma infecção sistêmica causada pelo *Treponema pallidum*. Quando não tratada precocemente, pode evoluir para doença crônica com sequelas irreversíveis em longo prazo (BRASIL, 2016).

A transmissão da sífilis adquirida é por meio sexual, na área genitoanal, na quase totalidade dos casos. Na sífilis congênita, há infecção fetal via hematogênica, em qualquer fase gestacional ou estágio clínico da doença materna. Essa classificação da doença é dividida em dois períodos: a precoce, até o segundo ano de vida e a tardia que pode surgir após o segundo ano de vida (BRASIL, 2016).

A maior parte dos casos de sífilis congênita precoce é assintomática (cerca de 70%), porém o recém-nascido pode apresentar prematuridade, baixo peso, hepatomegalia, esplenomegalia, lesões cutâneas, periostite, osteocondrite, pseudoparalisia dos membros, sofrimento respiratório com ou sem pneumonia, rinite sero-sanguinolenta, icterícia, anemia, linfadenopatia generalizada, síndrome nefrótica, convulsão e meningite, trombocitopenia, leucocitose ou leucopenia (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE- SP, 2008).

O diagnóstico de sífilis congênita é mais complexo, principalmente porque aproximadamente metade das crianças infectadas não apresenta sinais ou sintomas ao nascimento (NASCIMENTO *et al.*, 2012). Segundo dados do Boletim Epidemiológico a sífilis adquirida no Brasil teve sua taxa de detecção aumentada de 59,1 casos por 100.000 habitantes em 2017, para 75,8 casos por 100.000 habitantes em 2018. A taxa de incidência de sífilis congênita foi de 9,0/1.000 nascidos vivos, enquanto a taxa de mortalidade foi de 8,2/100.000 nascidos vivo persistindo um quadro epidemiológico de alta incidência em todo o país (BRASIL, 2019a).

Face à pandemia da COVID-19, a cobertura da testagem da gestante e o acompanhamento dos casos poderá ter sido mais reduzidos conduzindo a medidas insuficientes para promover a eliminação da sífilis congênita. Associa-se a isso, a redução

do direcionamento dos recursos humanos disponíveis, com o objetivo de atender as demandas impostas pela pandemia como casos primordiais e emergenciais no momento do surto.

Considerando que a notificação e o monitoramento das informações são de fundamental importância para a eliminação da sífilis congênita, faz-se necessária uma investigação que forneça subsídios para planejar e definir as intervenções necessárias durante a pandemia da COVID-19.

Diante disso, consideramos analisar e comparar as notificações realizadas no Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN) das notificações de sífilis adquirida e sífilis congênita de um Hospital de Ensino, entre o período de janeiro a agosto dos anos 2019 e 2020, respectivamente, desde a data em que a Organização Mundial de Saúde declarou o surto.

2 | OBJETIVO

Analisar as repercussões da pandemia nas notificações de sífilis adquirida e sífilis congênita em 2019 e 2020 por meio do SINAN.

3 | MATERIAIS E MÉTODO

Estudo do tipo documental com abordagem quantitativa, realizado através dos dados da Unidade Vigilância Epidemiológico Hospitalar do Hospital Onofre Lopes (HUOL), um hospital de ensino e referência para todo estado do Rio Grande do Norte (RN).

O local foi escolhido por ser referência no estado para sífilis e autoras deste trabalho são e foram atuantes na área e outras pesquisadoras da temática entendem a magnitude da temática para o mundo, mas principalmente em seus locais (Brasil e Portugal) e assim contribuir com políticas para enfrentamento dessa epidemia.

Os dados secundários foram coletas do período de 2019 e 2020, por meio de consultas às fichas de notificação disponíveis no banco de dados do Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN), das notificações de sífilis adquirida e sífilis congênita.

A escolha pelo local da coleta se deu por ser um hospital de alta complexidade, referência em cardiologia, transplante e neoplasias para todo o estado do Rio Grande do Norte, Brasil. Os dados foram coletados e organizados em tabelas de frequência.

Para análise dos dados foram utilizados os recursos da estatística descritiva. Por se tratar de dados secundários o presente estudo não requer aprovação do comitê de ética em pesquisa com seres humanos conforme Resolução Nº 510 de 7 de abril de 2016 do Conselho Nacional de Saúde.

4 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram analisados os dados secundários sobre sífilis congênita e sífilis adquirida coletados do SINAN do Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL). Os dados de sífilis congênita foram confirmados no ambulatório de infectopediatria do Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL), depois foram enviados em lotes para as secretarias municipal e estadual pela Unidade de Vigilância em Saúde da instituição. O ambulatório é referência para todo estado do Rio Grande do Norte.

Os dados são do período de janeiro a agosto 2019 e 2020, uma possível comparação do impacto causado pela pandemia da COVID-19 analisando as notificações de sífilis congênita e adquirida, uma infecção já negligenciada em tempos de epidemia no Brasil. Optou-se pela coleta até o mês de agosto, por serem os últimos dados disponibilizados em 2020.

Ao averiguarmos os dados sintetizados das notificações de sífilis congênita, percebemos que entre as crianças que realizaram consulta no ambulatório de infectopediatria, no período de janeiro a agosto 2019, foram notificados 34 casos de sífilis congênita. Porém, no mês de maio ocorreu o maior número de notificações, chegando a 10 casos, representando 29% dos eventos.

Do total de casos, 79% das mães realizaram pré-natal. Dessas, 41% possuem a faixa etária de 20 a 34 anos, enquanto 15% se encaixam entre 15 a 19 anos. Das gestantes, somente uma não realizou o esquema de tratamento, porém 22 tiveram tratamento inadequado, proporcional a 65% dos eventos, uma não realizou o tratamento.

Segundo o Ministério da Saúde, a penicilina é o fármaco de primeira escolha no tratamento da sífilis, com o uso exclusivo para gestantes (BRASIL, 2015). O mesmo ainda ressalta que a medicação tem uma eficácia de 98% na prevenção da sífilis congênita, agindo na fase primária, secundária e terciária. Todavia, não há relato da resistência do *Treponema pallidum* à penicilina.

Ainda sim, essa infecção vem se mantendo com uma alta incidência nos dias de hoje, se tornando um problema de saúde pública e confronto para os serviços de saúde. Quanto ao quantitativo de dados, ressaltamos que no mês de janeiro não foi registrado nenhuma notificação. Mês esse, onde a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou em 30 de janeiro de 2020 que o surto da doença causada pelo novo coronavírus (COVID-19) constituiu-se como uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional – o mais alto nível de alerta da Organização, conforme previsto no Regulamento Sanitário Internacional.

Em 2020, foram notificados surpreendentemente somente quatro (4) casos de sífilis congênita. Se compararmos com o ano anterior, no qual foram notificados 34 casos, a queda é significativa, pois estatisticamente temos 88% menos de notificações.

Tal impacto tem magnitude, visto que o país enfrenta uma epidemia e esses

resultados não condizem com a realidade e sim uma das consequências que sucedeu pela pandemia do COVID-19.

É importante destacar que, esse impacto não ocasiona consequências somente no número de notificações. Contudo, é por meio delas que o profissional atende, acolhe, testa, confirma o diagnóstico, tratar, aconselhar, cura e dá seguimento ao processo. Ainda vai além, quando alcança o parceiro sexual através do mapeamento.

Observou-se que uma doença já considerada negligenciada foi durante a pandemia da COVID- 19, ainda mais esquecida. Pois, durante os primeiros meses da pandemia, o ambulatório de infectopedia parou os atendimentos para que fossem priorizados os recursos humanos com direcionamento no atendimento dos casos de COVID-19. Porém, observou-se que com isso, indiretamente outras doenças, assim como a sífilis congênita, além de negligenciadas, vêm sendo agravadas em seu processo de monitoramento.

O Ministério da Saúde desde 2017 lançou o Projeto “Sífilis Não”, o qual engloba um conjunto de ações que envolvem não apenas educação e comunicação, mas também, vigilância epidemiológica, gestão e governança, cuidado integral, e vêm sendo desenvolvidas no intitulado Projeto “Resposta Rápida a Sífilis”.

Porém, com a pandemia, muitas instituições e projetos foram acometidos por situações em que houve morosidade em seus projetos.

Sobre o maior número de casos ocorrerem no mês de maio, não se encontraram estudos sobre a sazonalidade da sífilis, porém, Passos (2002), relata que existem narrativas que as IST se correlacionam aos períodos carnavalescos, pelas atitudes intransigentes da população nesse período, de forma permissiva.

Bem mais preocupantes que a sífilis congênita, são os dados analisados sobre sífilis adquirida quando comparamos os anos de 2019 com 2020. Em 2019, foram notificados 44 casos durante o ano, e 37 até o período proposto para análise.

Dos casos averiguados 46% eram do sexo masculino e 54% do sexo feminino. Quanto à faixa etária mais acometida pela infecção, pode-se verificar que foram os que possuíam mais de 30 anos, correspondendo a 67% dos eventos, enquanto de 15 a 19 anos 11% e a faixa de 20 a 29 anos com 22% dos acontecimentos.

Ao analisar os dados de 2020 para averiguar o possível impacto da pandemia nas notificações de sífilis adquirida, verificou-se claramente o efeito e as consequências que trará para a população brasileira, na qual já havia sido declarada epidemia da infecção. Abruptamente não foram registrados casos de sífilis adquirida em 2020 até o mês de agosto na instituição, representando uma queda significativa de 100%.

Não há como atribuir a queda dos casos às intervenções direcionadas para as orientações sobre sífilis, pois como foi dito anteriormente, os atendimentos ambulatoriais paralisaram para priorização das pessoas acometidas durante a pandemia. Segundo o Ministério da Saúde as infecções sexualmente transmissíveis (IST) são consideradas um problema de saúde pública e estão entre as doenças transmissíveis mais comuns, afetando

a saúde e a vida das pessoas em todo o mundo (BRASIL, 2019b).

As IST têm um impacto direto sobre a saúde reprodutiva e infantil, porquanto acarretam infertilidade e complicações na gravidez e no parto, além de causar morte fetal e agravos à saúde da criança. Ressaltamos que o diagnóstico de sífilis, independente de sua classificação, é um agravo de notificação compulsória.

5 | CONCLUSÃO

A pandemia da COVID-19 acarretou modificações no perfil de atendimento, no monitoramento e na qualidade das notificações, o que poderá impactar significativamente na vida das pessoas, além de comprometer o controle e erradicação da sífilis. Ainda são levantadas hipóteses e suposições aparentes quanto ao número de casos, pois os atendimentos ambulatoriais foram suspensos no primeiro e reiniciados no último trimestre de 2020. Sugere-se que uma nova investigação seja realizada após o retorno dos atendimentos, para averiguar os agravos decorrentes da interrupção do atendimento as pessoas com sífilis durante a pandemia da COVID-19.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis, Aids e Hepatites Virais. **Manual Técnico para Diagnóstico da Sífilis**. Brasília: Ministério da Saúde; 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Boletim Epidemiológico Especial Sífilis**. Brasília: Ministério da Saúde ; 2019a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico. Secretaria de Vigilância em Saúde | **Ministério da Saúde Número Especial** | out. 2019b.

NASCIMENTO, M. I. et al. **Gestações complicadas por sífilis materna e óbito fetal**. Rev Bras Ginecol Obstet. V. 2, n 34, p. 56-62, nov. 2012.

PASSOS, M. R. L. **Ocorrência de doenças sexualmente transmissíveis antes e depois do carnaval no Rio de Janeiro**. DST J Bras Doenças Sex Transm. v. 14, n 38, p. 38-42. 2002.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE - SP. **Sífilis congênita e sífilis gestacional**. Revista de Saúde Pública; v. 4. N. 42, p. 768-72. 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. {internet}. [acesso em 05 de out 2020] Disponível em: <https://www.paho.org/pt/covid19>.

VIVÊNCIA DO PORTADOR DA HANSENÍASE

Data de aceite: 01/11/2023

Matheus Ramos Gomes Furtado

Enfermeiro, Faculdade Metropolitana de
Anápolis – FAMA
Anápolis-Go
<http://lattes.cnpq.br/5838273427481015>

Ana Laura Gomes Alcântara

Enfermeira, Hospital Estadual de Anápolis
Dr. Henrique Santillo (HEANA)
Anápolis-Go
<http://lattes.cnpq.br/7806650301681818>

Sara Fernandes Correia

Enfermeria, Unviersidade Unievangélica
de Goiás
Anápolis-GO
<https://orcid.org/0000-0002-3850-9852>

Andressa Gabriele Liberal Gonçalves Martins

Celetista, Enquadramento Funcional:
Enfermeira
Anápolis-GO
<https://lattes.cnpq.br/5427820181339601>

Marcus Vinícius Ribeiro Ferreira

Biólogo, Professor, UNICEPLAC
Brasília-DF
<http://lattes.cnpq.br/4033741950649548>

Diogo Nogueira Batista

Médico, Ciências da Saúde
Brasília-DF
<http://lattes.cnpq.br/8301363104535475>

Anita Babi Teixeira de Carvalho

Fisioterapeuta - Secretaria de Saúde do
Distrito Federal
Brasília-DF
<https://orcid.org/0009-0004-4763-4040>

Alexandre Marco de Leon

Médico, Universidade Católica de Brasília
Brasília-DF
<http://lattes.cnpq.br/6324073531418766>

Carlos Magno Oliveira da Silva

Médico, Centro Universitário do Estado do
Pará, CESUPA
Brasília-DF
<https://lattes.cnpq.br/2143311328133492>

Carolina Bernardo Vieira

Enfermeira, Secretaria de Saúde do
Distrito Federal, SES-DF, Brasil.
Brasília-DF
<http://lattes.cnpq.br/4840246754569266>

Ana Maria Pereira Wu de Moura

Brasília-DF
Ciências da Saúde / Área: Enfermagem.
<http://lattes.cnpq.br/3356524163256632>

Divinamar Pereira

Enfermeira, Secretaria de Estado de
Saúde do Distrito Federal
Brasília-DF
<http://lattes.cnpq.br/1248187342060338>

RESUMO: Este artigo aborda a experiência de portadores de hanseníase após o diagnóstico, com foco nas ações de tratamento, desafios sociais e familiares, e a importância do enfrentamento. A hanseníase, uma infecção crônica causada pelo *Mycobacterium leprae*, continua a ser um desafio de saúde pública no Brasil, onde apresenta alta incidência. A pesquisa envolveu entrevistas semiestruturadas com pacientes diagnosticados com a doença, explorando suas percepções sobre o tratamento, destacando os obstáculos enfrentados em relação à adesão medicamentosa e a influência nas relações familiares. Além disso, os participantes compartilharam suas experiências de estigma e discriminação social relacionados à hanseníase. Os resultados enfatizam a necessidade de uma compreensão mais profunda das implicações sociais e emocionais da doença. Este estudo contribui para melhorar a assistência aos pacientes e para sensibilizar a sociedade sobre a importância de eliminar o estigma em torno da hanseníase, promovendo uma abordagem mais inclusiva e empática em relação aos portadores da doença.

PALAVRAS CHAVE: tratamento da hanseníase; atenção primária; estigma.

LEPROSY PATIENT'S EXPERIENCE

ABSTRACT: This article explores the experience of leprosy patients after diagnosis, focusing on treatment actions, social and family challenges, and the importance of coping. Leprosy, a chronic infection caused by *Mycobacterium leprae*, remains a public health challenge in Brazil, with a high incidence. The research involved semi-structured interviews with patients diagnosed with the disease, exploring their perceptions of treatment and highlighting the obstacles related to medication adherence and its influence on family relationships. Additionally, participants shared their experiences of stigma and social discrimination associated with leprosy. The results emphasize the need for a deeper understanding of the social and emotional implications of the disease. This study contributes to improving patient care and raising awareness in society about the importance of eliminating the stigma surrounding leprosy, promoting a more inclusive and empathetic approach to those affected by the disease.

KEYWORDS: leprosy treatment; primary care; stigma.

EXPERIENCIA DEL PACIENTE CON LEPROSIA

RESUMEN: Este artículo aborda la experiencia de los pacientes con lepra después del diagnóstico, centrándose en las acciones de tratamiento, los desafíos sociales y familiares, y la importancia de afrontar la enfermedad. La lepra, una infección crónica causada por *Mycobacterium leprae*, sigue siendo un desafío de salud pública en Brasil, con una alta incidencia. La investigación incluyó entrevistas semiestruturadas con pacientes diagnosticados con la enfermedad, explorando sus percepciones sobre el tratamiento y resaltando los obstáculos relacionados con la adherencia a la medicación y su influencia en las relaciones familiares. Además, los participantes compartieron sus experiencias de estigma y discriminación social asociadas a la lepra. Los resultados enfatizan la necesidad de una comprensión más profunda de las implicaciones sociales y emocionales de la enfermedad. Este estudio contribuye a mejorar la atención al paciente y a concienciar a la sociedad sobre la importancia de eliminar el estigma en torno a la lepra, promoviendo un enfoque más

inclusivo y empático hacia quienes están afectados por la enfermedad.

PALABRAS CLAVE: tratamiento de la lepra; atención primaria; estigma.

INTRODUÇÃO

A hanseníase é uma infecção crônica, lentamente progressiva causada por um bacilo denominado de *Mycobacterium leprae*, que acomete a pele e os nervos podendo comprometer a função vital de alguns órgãos, principalmente o fígado e rins. Ela é transmitida de forma direta, por via respiratória, mas é necessário ter predisposição e baixa Imunidade para adquirir a doença, ter contato íntimo e prolongado com o paciente doente sem tratamento. É uma doença que seus primeiros relatos são descritos na antiguidade, mostrando que a mesma sobrevive á séculos. Desde os tempos remotos seus portadores são alvos de discriminação pela sociedade, um dos fatos que levou a substituição do termo lepra por hanseníase (BRASIL, 2017).

A doença foi conhecida oficialmente como hanseníase desde 1873 em homenagem ao seu descobridor, por um cientista Norueguês conhecido como Gehard Aumauer Hansen, que a descobriu em 1868 em Bergen na Noruega. Apesar da descoberta já existia alguns relatos de casos da doença, por causa das características relatadas na década antiga pela história humana (BRUNNER; SMELTZER, 2019).

O Brasil é o segundo com casos de hanseníase no mundo, dados preliminares do Ministério da Saúde apontam que, em 2022, mais de 17 mil novos casos de hanseníase foram diagnosticados no Brasil. Em 2021, o número de registros alcançou 18 mil casos, com 11,2% dos pacientes considerados como grau 2 de incapacidade física — quando são identificadas lesões consideradas graves nos olhos, mãos e pés. (BRASIL, 2023).

Os dados mostram ainda que o Brasil possui mais de 90% do número de novas notificações do continente americano. Devido à alta quantidade de registros anuais, a doença ainda é considerada um problema de saúde pública.

E uma patologia de notificação compulsória, e de investigação obrigatória os casos confirmados da doença devem ser notificados, ao SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação) (BRASIL, 2018).

Conforme o demonstrado anteriormente percebe-se uma necessidade tangente de uma maior compreensão sobre a doença supracitada, sendo assim, este estudo propõe o seguinte questionamento: De que maneira é vivenciada a hanseníase após o diagnóstico segundo o(a) portador(a)?

Esta pesquisa torna-se relevante, pois contribui com informações para uma melhor qualidade de vida dos portadores da hanseníase, avaliar a real percepção do paciente acerca das ações e tratamento referente a patologia, bem como a importância do enfrentamento e dificuldades presentes no âmbito social e familiar. Será de suma importância para a capacitação de toda equipe de enfermagem, na melhoria da assistência promovendo novas

pesquisas na área da saúde.

OBJETIVO

Descrever a vivência da hanseníase durante e após seu diagnóstico, no olhar dos(as) portadores(as) em uma unidade de atenção primária à saúde, na cidade de Anápolis-Go.

MATERIAIS E MÉTODOS

Para este estudo foi utilizada a abordagem qualitativa com método descritivo, preconizada por Ludke & André (2008).

A coleta de dados realizou-se em uma Unidade de Atenção Primária na cidade de Anápolis-GO, com autorização dos participantes por meio da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido TCLE.

Para a realização dessa pesquisa foram utilizados os seguintes critérios de inclusão: Ser portador de Hanseníase; Que esteja em tratamento na unidade de saúde; Ter idade igual ou acima de 18 anos.

A análise dos dados deu-se a partir da transcrição dos relatos e discorreu com leitura sistematizada, organização dos conteúdos e categorização dos resultados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados obtidos em 10 (dez) entrevistas seguem apresentados em tres categorias e mantem o anonimato dos participantes identificando-os com o codinome de flores.

O DIAGNÓSTICO DA HANSENÍASE

Nesta categoria os informantes relataram como descobriram ser portadores da hanseníase, sua grande maioria informaram que a descoberta veio por meio do aparecimento de lesões na pele, conforme a seguir:

Eu marquei uma consulta particular ai o Dra. falou que não tratava desse caso, ai ela me encaminhou pra cá. Ai apareceu umas manchas na pele.

(Orquídea)

Foi por uma biopsia, biopsia os caroços ne. Tipo verruga ai fiz uma biopsia e descobri. Pensei que era um câncer ne, até fiquei aliviado, saiu uns caroços, uns nódulos pelo corpo.

(Girassol)

Umas manchinhas ai eu tive num médico que tratou da diabete, ai ele deu o por

escrito, pegou um cartão e deu o nome do médico e mandou eu procurar ele.

(Margarida)

Saiu aqui uma mancha aí fui na unidade lá perto de casa, aí fiz o exame e confirmou a doença.

(Tulipa)

Então foi através desse dedo e os cotovelos também, foi apresentando machucadinho num e no outro, sem eu perceber que eu tinha machucado, e os negócios foi agravando mais, começou na ponta do dedo e foi aumentando

(Azaleia)

Rapaz foi em 2009 que descobri a doença, aí apareceu algumas manchas pelo corpo e me preocupei.

(Boca-de-leão)

Rapaz apareceu umas manchas nas pernas e nos braços e doía muito. [...] fiquei meio assim preocupado com aqueles sintomas; então minha mãe marcou uma consulta lá no posto perto de casa, foi quando o médico pediu alguns exames [...]

(Botão-de-ouro)

As manifestações da hanseníase no mundo não vieram acompanhadas somente pelos sintomas mais sim com os surgimentos das incapacidades físicas, psicológicas e entre outras (EIDT, 2016).

Os sinais e sintomas são as formas de manifestações da hanseníase que pode levar a suspeita para o diagnóstico da doença, destacando elas como: manchas esbranquiçadas, lesões de pele, nódulos e dentre outros fatores que contribui para suspeita para o diagnóstico da hanseníase (BRASIL, 2021).

A imagem corporal de um indivíduo é a chave principal para a construção de uma identidade. Com base nisso a hanseníase desenvolve algumas mudanças corporais, sendo elas as alterações físicas e o comprometimento dos nervos periféricos, fazendo com que o paciente portador da hanseníase se sinta de alguma forma excluída da sociedade, devido às alterações que o corpo desenvolve (SANTOS; BERTELLI *et.al.*, 2017).

De acordo com os relatos dos portadores dessa entrevista, observou-se que devido o surgimento de manchas e lesões na pele dos pacientes, foi que os levou a procurar uma unidade de saúde para está realizando exames.

MUDANÇAS OCORRIDAS APÓS O DIAGNÓSTICO DE HANSENÍASE

Nesta categoria estão os relatos dos portadores de Hanseníase, com descrição das mudanças ocorridas em suas vidas após o diagnóstico da doença.

Ah, o emocional ne? A gente não sente a mesma pessoa, diferenciado dos outros ne?. A gente perde a força, diferente de tudo.

(Girassol)

Mudou tudo hahaha, ossa senhora, estou sofrendo ainda, já sofri bastante, tipo assim não consigo trabalhar, não consigo fazer nada mais. Bem mal mesmo, nunca imaginei que ia ter, nunca tive nada sempre bem saudável, fazendo academia, andava de bike, toda vida, agora acabou.

(Violeta)

E antes fazia coisas que hoje não faço.

(Botão-de-Ouro)

[...] foi agravando e foi começando a queimar a mão, entendeu? Aquela queimação, trem mais ruim do mundo, falei credo vou morrer sem saber o que é [...]

(Azaleia)

Rapaz eu sentia muita febre, fraqueza, minhas pernas doíam tanto... hoje eu não aguento correr, minhas forças acabaram, não consigo firmar as pontas dos dedos da pernas.

(Boca-de-ouro)

Segundo Santos *et al.* (2018) a confirmação do diagnóstico e o início do tratamento representam uma grande mudança para os portadores da hanseníase, que começam então a se sentir realmente doentes. A certeza do diagnóstico significa uma mudança dolorosa e difícil para uma situação indesejada.

Quando a pessoa é diagnosticada com a hanseníase, pode-se observar que há um impacto na sua vida emocional muito intenso e negativo ao mesmo tempo, fazendo com que de modo possam apresentar alterações psicológicas (GREGÓRIO *et.al.*, 2018).

Os autores supracitados apresentam um estudo realizado com as mudanças ocorridas no portador de hanseníase após o diagnóstico, observa-se que há um percentual muito alto em relação a sentir momentos de desconforto, angústias, preocupações, assim com outros fatores que interfere a relação familiar e social.

Na análise feita sobre as mudanças ocorridas na vida do portador da hanseníase, observou-se que os pacientes apresentaram incapacidades, evidenciadas principalmente à

rotina diária realizada anteriormente ao processo patológico, já que a doença desencadeia danos físicos extremamente aparentes que impedem que o mesmo execute as funções necessárias para a manutenção das atividades laborais.

O TRATAMENTO DA HANSENÍASE

Nesta categoria os informantes revelaram os efeitos causados pelo uso das medicações, durante o tratamento medicamentoso, conforme mencionadas a seguir:

No começo foi difícil, sentia muita fraqueza, tontura, vomitava muito devido à quantidade de remédio que o médico passava. E antes fazia coisa que hoje não faço, mais devido o cansaço, as dores no corpo, as febres, é complicado viu?

(Botão-de-ouro)

Os remédios enfraquecem a gente. No tratamento trabalhei um ano inteirinho fichado e pegando sol, fiquei pretinho a só isso e desde 2014 trato a doença.

(Girassol)

Rapaz eu acho que sentia o estomago parece que não aceitava aquele trem não viu, dava umas coisas ruim até vômito [...] e entrou com outro remédio esse Deus me livre era forte comecei tomando 100ml na primeira semana, na segunda semana 200ml, terceira semana 300ml, e continuou 300ml por muito tempo ai depois baixou para 200ml depois baixou para 100ml [...]

(Margarida)

Assim, quando comecei a tomar os remédios... ai a gente fica sempre pensando o que pode dar, umas fraquezas? Aí você escurece as vistas por causa dos esforços faz, dá aquela fadiga... É meio assustador, tomar aquelas dozes de uma vez só ai você começa a urinar bem escuro mesmo.

(Cravo)

Me dá muita gastura, enjoou, vontade de vomitar, tontura.

(Boca-de-leão)

Olha não é uma sensação boa, senti febre tive um efeito colateral, mal estar, parecia tipo dengue, sabe tem uma semelhança com a dengue, febre alta, fraqueza então eu até cheguei a pensar que fosse.

(Rosa)

As medicações usadas para o tratamento dos portadores da hanseníase tem reações e efeitos consideravelmente complexos e, na grande maioria vai depender da estrutura orgânica que o recebe, da sensibilidade que a pessoa tem. No início do tratamento são usados três tipos de medicações: dapsona, rifampicina, e clofazimina na maioria dos casos essas medicações causam efeitos colaterais aos pacientes assim como: cefaleia, gastrite, mialgia, insônia, febre e dentre outros efeitos colaterais comum da medicação (FRANCO *et al.*, 2018; VERONESI, 2015).

O tempo de tratamento da doença dependerá muito da classificação da hanseníase, pois a doença possui duas formas de tratamento sendo elas Paucibacilares e Multibacilares, as duas de qualquer forma vão apresentar sim efeitos colaterais aos pacientes. Sendo que as medicações usadas aos pacientes Multibacilares são mais agressiva, já que a mesma é indicada aos pacientes quando o grau da doença estiver muito alterado (MARIA *et.al.*, 2012).

Os entrevistados dessa pesquisa relataram bastante desconforto no decorrer do tratamento, principalmente aos danos que as medicações causavam, mais mesmo assim optaram por continuar o tratamento, para que houvesse a cura.

ASPECTOS SÓCIO-ECONÔMICOS PÓS HANSENÍASE

Nesta categoria os informantes revelaram as dificuldades apresentadas pela perda do emprego após a descoberta da hanseníase. Não só pelos aspectos fisicamente apresentados, mas também pelo empregador que nem sempre está disposto a tolerar, mencionado a seguir:

Vixi, mudou foi tudo hahaha, até parar de trabalhar eu parei e as consequências que ficam desse trem...

(Margarida)

Ah muita coisa né? Trabalhava agora não posso mais...

(Orquídea)

Trabalhava fichado né? Atualmente não trabalho. Mais faz parte da vida.

(Girassol)

Não, eu estava trabalhando até começar o tratamento, sou autônomo eu faço tipo assim: eu confecciono, aí quando eu comecei a ficar doente, não dei conta de fazer nada mais, só fui encostando. Estou dependendo da minha mãe e do povo lá de casa.

(Violeta)

[...] então, quando eu descobri eu estava trabalhando no sítio, aí quando informei

para a pessoa que teria que fazer 1 ano de tratamento, ela ficou meio com o pé atrás, então me despediu. Não quis que eu ficasse lá mais [...].

(Azaleia)

Quando é analisado a visibilidade e os impactos que as doenças infectocontagiosas causam, percebe-se que em sua grande maioria os membros da sociedade exerce um papel de juiz sobre a vida do portador da patologia. Evidenciando assim, o preconceito e a necessidade de isolar o doente dos demais membros do grupo. Isso acontece basicamente pela falta de conhecimento e interesse deste grupo, sobre os cuidados preventivos.

No ambiente profissional é o lugar onde o portador da hanseníase mais evidencia o preconceito e isolamento social, ocasionado basicamente pela falta de interesse dos colegas de trabalho com relação à vida do outro. Isso gera grandes problemas de convivência e um provável desligamento do indivíduo doente de suas atividades profissionais (BORENSTEIN *et al.*, 2018).

Rolim *et al.* (2016), afirmaram que, em muitos casos, a pessoa acometida é afastada do trabalho, tornando-se incapaz de exercer suas atividades, acarretando redução da renda familiar e consequentemente, diminuição da qualidade de vida.

Na grande maioria dos casos quando o portador fala sobre a doença ou até mesmo que necessita fazer um tratamento prolongado e por ventura a doença manifesta alguns sinais e sintomas comuns da doença, a empresa logo já fica com pé atrás. E ao relatar sobre a patologia da hanseníase aos patrões, os mesmos acabam despedindo o portador, por achar que o indivíduo representar um perigo aos demais trabalhadores.

SENTIMENTOS VIVENCIADOS PELOS PORTADORES DE HANSENÍASE

Nesta categoria constam relatos dos informantes a respeito dos sentimentos vivenciados por eles, assim como: dúvida, preocupação, desconfiança, e angústia.

[...] e também a gente fica pensativa, o que pode acontecer, o que o povo fala, você fica com mais aquela dúvida será que vai acontecer alguma coisa terrível com a gente? Com o corpo da gente?

(Cravo)

Esse motivo que nos traz assim, é e eu não sei te explicar não, traz uma certa desconfiança, um certo incomodo e pro ai.

(Azaleia)

Rapaz me sinto as vezes angustiado, meu pai e meu filho já teve a hanseníase.

(Boca-de-leão)

[...] a gente fica assim com pé atrás, as pessoas saberem e não querer se aproximar da gente, você entendeu ne[...]

(Azaleia)

[...]nos últimos anos já havia perdido a fé, medo de não curar mais, esse é o sentimento da gente.

(Girassol)

[...] e também a gente fica pensativa, o que pode acontecer, o que o povo fala, você fica com mais aquela duvida será que vai acontecer alguma coisa terrível com a gente hahaha, com o corpo da gente[...]

(Cravo)

Outra coisa chegava aqui e ficava horrorizado por ver pessoas com o corpo coberto de feridas.

(Margarida)

Os depoimentos dos entrevistados são repletos de sentimentos com relação a si mesmos e aqueles que os cercam. Infelizmente observou-se que o doente nem sempre tem oportunidade para expressar seus sentimentos como outra pessoa (SILVEIRA *et.al.*, 2014).

Muitos sentimentos são evidenciados pelos portadores de hanseníase após o diagnóstico da doença. Dentre eles destacam-se os diversos medos vivenciados por todos os entrevistados durante este processo: de ser descoberto como hanseniano, de transmitir a doença, das sequelas físicas, do abandono, da doença, da rejeição social (EIDT, 2016).

Os relatos dos sentimentos e vivências apresentados pelos hansenianos evidenciam as dificuldades enfrentadas pelos mesmos, desde a busca do diagnóstico, a conscientização do mesmo, a realização do tratamento e após a cura, uma vez que sua trajetória continua para tratar as incapacidades físicas. A hanseníase deixa marcas profundas nos pacientes devido às inúmeras perdas decorrentes da doença (BAIALARDI, 2017).

Percebeu-se que os informantes deste estudo sentem em sua grande maioria o medo e a angústia de serem portadores da hanseníase. Mas, não somente isso, eles também evidenciaram grandes medos com relação ao futuro após a cura da patologia, já que se sabe que a mesma causa lesões profundas e crônicas.

A maioria dos casos alguns portadores da hanseníase opta por não revelar que possui a doença tanto para os familiares como para a sociedade, pois acreditam que será discriminado de alguma forma por eles. Com isso o paciente demonstram sentir preconceito dele mesmo, devido a não aceitação da doença. Fazendo com que não haja a aproximação com outras pessoas (CRYSTINA; *et al.*, 2017).

Segundo Santos *et al.* (2018) entender sobre a doença seria uma forma de minimizar

o medo que os pacientes enfrentam saber como ela se instala e como poderia minimizar seus impactos. Afirmam ainda que o paciente que apresenta alguma incapacidade física, devido ao acometimento da doença encontra-se em uma condição de estigma mais acentuada, tornando seu dia-a-dia muito mais difícil.

O medo é bastante frequente na vida dos pacientes portadores da hanseníase devido não ter muito conhecimento sobre a doença, às vezes a doença traz certa incerteza do que pode vir daqui pra frente, a doença quando acometida ao paciente, ela ocorre mudanças e essas mudanças ocasionada na vida do portador as vezes podem prejudica-lo por não estar preparado para poder enfrentá-la.

DISCRIMINAÇÃO

Nesta categoria constam relatos de discriminação das pessoas após o diagnóstico da hanseníase, conforme os relatos a seguir:

[...] mais do lado da sogra teve, vixi... falou em separar as roupas das roupas dele, separar o quarto, separar talheres, pratos, copos [...]

(Margarida)

[...] sinto assim, quando eu percebo que alguém da sociedade percebe que estou diferente entendeu? Porque eles olham diferente pra gente... [...] você era de um jeito antes, agora tá diferente por exemplo as manchas que aparece pelo corpo você não quer falar aí a pessoa percebe e acaba afastando de você devido medo de pegar [...] Então assim não é uma coisa que eu me afastei da sociedade, a sociedade que afastou de mim.

(Azaleia)

Existe uma forte relação entre o medo e o isolamento familiar, caracterizado pela separação de utensílios domésticos e afastamento físico. Com isso faz que ocorra perdas nos relacionamentos, fazendo com que modifique o cotidiano do paciente (LEITE; Brito et.al. 2017).

Cavaliere e Nascimento (2017), afirmam que tem indivíduos que têm dificuldades em aceitar a doença, tornando-se uma pessoa com auto estigma. O indivíduo sente medo devido à discriminação que a sociedade pode ter sobre eles, isso acaba provocando instabilidade emocional para o paciente, além disso, o receio sobre como as pessoas sadia irão lhe receber, faz com que surja o sigilo sobre a doença, até mesmo com relação à família.

Antes da descoberta do tratamento da hanseníase com a medicação PQT, os portadores da doença eram isolados em hospitais colônias, longe da cidade para que não houvesse o risco de transmitir a doença. Hoje em dia é bem diferente a doença possui

tratamento a cura, mesmo não sendo atualmente do conhecimento de todos. Isso de fato acaba prejudicando mais o paciente portador da hanseníase, se sente uma pessoa desprezada pela sociedade/família (BRASIL, 2018).

Ainda existem pessoas que tem preconceito com os portadores da hanseníase, apesar de não ter conhecimento sobre a doença, pensa que é uma doença que transmite muito fácil, mais quando o paciente inicia com o tratamento medicamento, já nas primeiras doses deixam de transmitir a doença. Mas ainda assim as pessoas não entendem que quando o paciente faz o uso das medicações correto, não existe o risco do contágio.

ESPERANÇA DE CURA

Nesta categoria constam relatos dos informantes a respeito da esperança de cura, o enfrentamento do tratamento torna-se mais legítimo, conforme a seguir:

Não são as primeiras doses foi de alívio de tá tipo assim tá procurando curar, pra correr atrás pra melhorar. Foi mais legalzinho tomo a medicação certa Deus me livre o que eu mais quero e curar isso logo.

(Violeta)

Uai sente a vontade de tomar os remédios e sarar logo, a eliminar logo essa doença, e um ano ne de tratamento e seguir rigorosamente e acabar com isso.

(Cravo)

Mais no mesmo tempo era bom, porque era o único jeito pra acabar com isso logo.

(Botão-de-ouro)

O tratamento varia de paciente a paciente isso vai depender do estagio em que a doença se encontra, podendo ir de seis meses a dois anos. No momento em que o paciente/cliente inicia o tratamento medicamento da doença ele deixa de ser contagioso, não constituindo mais perigo para as pessoas próximas a ele (BRASIL, 2017).

Para que se ocorra a cura da hanseníase e necessário que o paciente que esteja fazendo uso das medicações do PQT corretamente, para que de modo elimina a hanseníase com um problema de saúde (BRASIL, 2016).

A hanseníase ela possui tratamento que são fornecidos pelo Ministério da Saúde, e ainda por cima é gratuito, para que haja a cura da doença o paciente necessita seguir o tratamento conforme é preconizado pela equipe de saúde. Mesmo apesar de todos transtornos existentes durante o tratamento, alguns informantes descrevem que a esperança de se recuperarem é o principal sentimento apresentado pelos mesmos.

Segundo Garcia (2014), relata que a hanseníase pode gerar conflitos os quais

afetam de forma geral todo contexto vivencial do indivíduo que tem a doença, contextos esses que podem ser citados como familiares, sociais, profissionais e econômicos, e na maioria das vezes, ocorre na perda do convívio social. Essa perda está intimamente ligada à marca que envolve a doença, a qual está presente na própria pessoa enferma e na sociedade com a qual convive.

Nas falas dos informantes percebeu-se que na maioria das vezes o isolamento social esta presente no cotidiano do paciente portador da hanseníase e da sociedade, fato que leva o afastamento e a interatividade de ambos os lados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados desta pesquisa mostrou um impacto muito intenso na vida dos pacientes portadores da hanseníase, a doença traz certos desconfortos ao paciente e aos familiares que convive ao seu redor. O tratamento é bem rigoroso e exige dos pacientes adaptações no seu cotidiano, faz com que o mesmo vivencie os efeitos do tratamento de forma não agradável, causando às vezes sofrimento emocional.

Durante a pesquisa os informantes relataram sobre o desconforto, que a doença causa a eles e os surgimentos de lesões na pele e outras características que são comuns da doença. Percebe-se que a um impacto emocional gerado aos portadores durante o tratamento, traz consequências emocionais e físicas, e esses sintomas na maioria das vezes pode ser representado pelo medo, discriminação e mudanças na rotina.

Diante disso é de grande importância o apoio dos familiares e da sociedade perante o portador, sendo que, os sentimentos vivenciados por eles na grande maioria estão relacionados à incapacidade de exercer alguma atividade no seu cotidiano, o que dificulta ainda mais no andamento do seu tratamento.

Na assistência prestada na atenção primária por ocasião da primeira consulta é fundamental para dissipar o impacto da doença e ao mesmo tempo esclarecer sobre o tratamento que é altamente eficaz nos dias de hoje. A educação continuada para o doente e família durante o tratamento e as intervenções realizadas tem como objetivo a aceitação e a melhora clínica do paciente, o controle dos sintomas e a participação da família no cuidado fazem grande diferença nos resultados.

Vale a pena lembrar que uma relação de empatia e confiança entre os profissionais e o paciente facilitam a troca de experiências, diminuem o grau de ansiedade e sensação de fracasso, sem falar na rejeição do diagnóstico e na possibilidade do paciente de abandonar o tratamento. Tudo isso, se considerado durante o relacionamento da equipe com o paciente faz um grande diferencial.

Este estudo cumpriu seu papel no alcance do seu objetivo e, foi bastante oportuno neste momento em que se discute a humanização dos atendimentos na Atenção Primária de Saúde. Necessário se faz que políticas de saúde sejam melhor direcionadas na sociedade,

a fim de que a informação e os preconceitos sejam trabalhados e que o diagnóstico seja realizado o mais precoce possível.

REFERÊNCIAS

ARAUJO, Marcelo Grossi. Hanseníase no Brasil. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, v. 36, n. 3, pp. 373-382, 2013. ISSN 0037-8682. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0037-86822003000300010>.

BAIALARDI, Katia Salomão. O estigma da hanseníase: relato de uma experiência em grupo com pessoas portadoras. *Hansenologia Internationalis*, v. 32, n. 1, pp. 27-36, 2017. ISSN 1982-5161.

BORENSTEIN, Padilha et al. Hanseníase: estigma e preconceito vivenciados por pacientes institucionalizados em Santa Catarina. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v61nspe/a09v61esp.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Casos de hanseníase diminuíram 26% nos últimos 10 anos. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/saude/2012/10/casos-de-hanseniase-diminuiram-26-nos-ultimos-10-anos>. Acesso em 05/10/2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Casos de hanseníase diminuíram 26% nos últimos 10 anos. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/saude/2012/10/casos-de-hanseniase-diminuiram-26-nos-ultimos-10-anos>. Acesso em 05/10/2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Doenças Infecciosas e Parasitárias: Guia de Bolso*. 8.ed. rev. Brasília, DF, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Doenças Infecciosas e Parasitárias: Guia de Bolso*. 8.ed. rev. Brasília, DF, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 3.125, DE 7 DE OUTUBRO DE 2010: Diretrizes para vigilância, atenção e controle da Hanseníase. Acesso em 01/02/2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 3.125, DE 7 DE OUTUBRO DE 2010: Diretrizes para vigilância, atenção e controle da Hanseníase. Acesso em 01/02/2018.

DUARTE, Marli Teresinha Cassamassimo; AYRES, Jairo Aparecido e SIMONETTI, Janete Pessuto. Consulta de enfermagem: estratégia de cuidado ao portador de hanseníase em atenção primária. *Texto contexto - enfermagem*, v. 18, n. 1, pp. 100-107, 2009. ISSN 0104-0707. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072009000100012>.

EIDT, L. M. O mundo da vida do ser hanseniano: sentimentos e vivências. Porto Alegre, 2017. *Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Educação da PUCRS*.

EIDT, Leticia Maria. Breve história da hanseníase: sua expansão do mundo para as Américas, o Brasil e o Rio Grande do Sul e sua trajetória na saúde pública brasileira. *Saúde e Sociedade*, v. 13, n. 2, pp. 76-88, 2016. ISSN 0104-1290. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902004000200008>.

FRANCO, Magalhães et al. Revisão Bibliográfica de protocolos de tratamento farmacológico de Hanseníase utilizando o medicamento dapsona. 2018. Disponível em: <http://www.revistarevinter.com.br/minhas-revistas/2018/v-11-n-2-2018-volume-11-numero-2-junho-de-2018-sao-paulo/335-revisao-bibliografica-de-protocolos-de-tratamento-farmacologico-da-hansenia-utilizando-o-medicamento-dapsona/file>.

GARCIA, José Ricardo Lopes. Considerações Psicossociais sobre a pessoa portadora da Hanseníase. Relatório Final da Pesquisa Antropológica MLFLOW. Brasil, 2002 a 2014.

GREGÓRIO, Diccinin et al. Mudanças ocorridas no portador de hanseníase após o diagnóstico, 2018.

JAMES, William. Rev. Latinoam. Psicopatol. Fundam. [online], v. 11, n. 4, pp. 669-674, 2018. ISSN 1415-4714. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-47142008000400013>.

KUMAR, Vinay et al. Robins. Patologia Básica. 8. ed. Elsevier. Rio de Janeiro, 2013.

LEITE, Clarissa Íris Rocha; BRITO, Suerde Miranda Oliveira. Significado da hanseníase para portadores em tratamento. In: V Jornada Internacional e III Conferência Brasileira sobre Representações Sociais. Brasília, DF, 2017.

LUDKE, Mengua e ANDRÉ, Marli E. D. A. Pesquisa em Educação: Abordagens Qualitativas. São Paulo: EPU, 1986.

MARIA, Leonel et al. Efeitos adversos da poliquimioterapia em pacientes com hanseníase: um levantamento de cinco anos em um Centro de Saúde. 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Boletim Epidemiológico da Hanseníase. 2018. Vol. 49.

Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico da Hanseníase. 2018. Vol.49.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Caderno de Atenção Básica. 2. ed. 2018.

Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica. 2. ed. 2018.

Ministério da Saúde. Guia de procedimento técnicos baciloscopia em hanseníase. 2021. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_procedimentos_tecnicos_corticosteroides_hansenia.pdf. Acessado em 15/02/2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Guia de procedimentos técnicos baciloscopia em hanseníase. 2021. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_procedimentos_tecnicos_corticosteroides_hansenia.pdf. Acesso em 15/02/2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Guia para o controle da Hanseníase. 2012. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_de_hansenia.pdf. Acesso em 06/10/2023.

Ministério da Saúde. Guia para o controle da Hanseníase. 2012. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_de_hansenia.pdf. Acessado em 06/10/2023.

QUEIROZ, Marcos S.; CARRASCO, Maria Angélica P. O doente de hanseníase em Campinas: uma perspectiva antropológica. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 479-490, 1995.

ROLIM, Marli Alves; COLVERO, Luciana de Almeida; MACHADO, Ana Lúcia; PEREIRA, Adriana Jimenez; HELENE, Lúcia Maria Frazão. Significados associados à hanseníase pelos hansenianos. *Hansenologia Internationalis*, 2016.

SANTOS, Anderson Lineu Siqueira dos et al. Percepções dos portadores de hanseníase sobre as respostas hansenênicas e o cuidado de si. *Revista Pan-Amazônica de Saúde, Ananindeua*, v. 4, p. 37-46, dez. 2018. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2176-62232018000400004&lng=pt&nrm=iso. Acesso em junho de 2023. <http://dx.doi.org/10.5123/s2176-62232018000400004>.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. Instituto Lauro de Souza Lima, Coordenadoria de Controle de Doenças. Recidiva e resistência em hanseníase. *Revista Saúde Pública*, v. 45, n. 3, pp. 631-633, 2013. ISSN 1518-8787. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102011000300024>.

SILVEIRA, Coelho, et al. Portador da Hanseníase: Impacto Psicológico do Diagnóstico. 2014.

SKINNER, B. F. (1953/1965). *Science and Human Behavior*. New York: Free Press.

TEIXEIRA, Leandra Oliveira et al. Hanseníase virchowiana “pruriginosa” em idoso: a importância do exame dermatoneurológico e suspeição diagnóstica. *Hansenologia Internationalis*, v. 35, n. 1, pp. 57-62, 2010. ISSN 1982-5161.

VERONESI. *Tratado de Infectologia*. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015.

VISCOTT, D. *A Linguagem dos Sentimentos*. 12. ed. São Paulo: Summus, 1982, cap. 1.

DOENÇAS NEGLIGENCIADAS NO BRASIL: UM ESTUDO SOBRE PREVALÊNCIA E ESTRATÉGIAS DE CONTROLE

Data de aceite: 01/11/2023

Lorena Brito Evangelista

Farmacêutica, Ministério da Saúde Zona
Cívico Administrativa.
Brasília-DF
<http://lattes.cnpq.br/0224318854264119>

Tarcísio Souza Faria

Enfermeiro, Secretaria de Estado de
Saúde do Distrito Federal
Brasília-DF
<https://lattes.cnpq.br/9252554641324550>

Alberto César da Silva Lopes

Professor do Centro Universitário IESB
Brasília-DF
<http://lattes.cnpq.br/9632825154207633>

Marcus Vinicius Días de Oliveira

Farmacêutico – Bioquímico - Universidade
Federal de Juiz de Fora
Brasília-DF
<https://orcid.org/0009000794340522>

Elissandro Noronha dos Santos

Enfermeiro, Ciências da Saúde / Área:
Enfermagem.
Brasília-DF
<http://lattes.cnpq.br/7245224062487559>

Stephanie Brochado Sant'ana

Fisioterapeuta, Ciências da Saúde / Área:
Fisioterapia e Terapia Ocupacional
Brasília-DF
<https://lattes.cnpq.br/1527305775003409>

Gilney Guerra de Medeiros

Enfermeiro, Conselho Regional de
Enfermagem do Distrito Federal
Brasília-DF
<https://orcid.org/0000-0002-3351-2841>

José Raimundo Gomes de Oliveira

Enfermeiro - Universidade Salgado de
Oliveira.
Brasília-DF
<http://lattes.cnpq.br/3200839470580595>

Marcus Vinicius Ribeiro Ferreira

Biólogo, Professor, UNICEPLAC
Brasília-DF
<http://lattes.cnpq.br/4033741950649548>

Natália Batista Matos

Docente, Instituto Técnico Educacional
Madre Teresa
Brasília-DF
<http://lattes.cnpq.br/8589236804242461>

Jefferson Amaral de Moraes

Servidor Público, Enquadramento
Funcional: Enfermeiro
Brasília-DF
<https://lattes.cnpq.br/7529927173918095>

Carlos Magno Oliveira da Silva

Médico, Centro Universitário do Estado do
Pará, CESUPA
Brasília-DF
<https://lattes.cnpq.br/2143311328133492>

RESUMO: O objetivo central deste estudo é examinar a prevalência das doenças negligenciadas no território brasileiro e analisar as estratégias de controle adotadas pelo Ministério da Saúde. A pesquisa baseou-se em dados epidemiológicos, estudos científicos e informações fornecidas pelo Ministério da Saúde, analisados para avaliar a prevalência e o impacto das doenças negligenciadas. Os resultados enfatizam a necessidade premente de implementar abordagens abrangentes para prevenção, diagnóstico e tratamento dessas doenças. As estratégias de controle atuais mostraram-se insuficientes para reduzir significativamente a incidência dessas enfermidades, destacando a importância de medidas mais robustas e sustentáveis. A análise epidemiológica revelou um aumento persistente na incidência em várias regiões do Brasil, com populações vulneráveis sendo as mais afetadas. Identificaram-se lacunas no acesso a tratamentos e diagnósticos adequados, sublinhando a necessidade de promover pesquisa e desenvolvimento de soluções acessíveis. A colaboração internacional também foi destacada como crucial, visto que muitas dessas doenças afetam múltiplos países e regiões.

PALAVRAS-CHAVE: Doenças Negligenciadas, Políticas Públicas de Saúde, Vulnerabilidade Socioeconômica,

NEGLECTED DISEASES IN BRAZIL: A STUDY ON PREVALENCE AND CONTROL STRATEGIES

ABSTRACT: The central objective of this study is to examine the prevalence of neglected diseases in the Brazilian territory and analyze the control strategies adopted by the Ministry of Health. The research was based on epidemiological data, scientific studies, and information provided by the Ministry of Health, analyzed to assess the prevalence and impact of neglected diseases. The results emphasize the urgent need to implement comprehensive approaches for the prevention, diagnosis, and treatment of these diseases. Current control strategies have proven insufficient to significantly reduce the incidence of these illnesses, highlighting the importance of more robust and sustainable measures. Epidemiological analysis revealed a persistent increase in incidence in various regions of Brazil, with vulnerable populations being the most affected. Gaps in access to adequate treatments and diagnostics were identified, underscoring the need to promote research and development of accessible solutions. International collaboration was also highlighted as crucial, as many of these diseases affect multiple countries and regions.

KEYWORDS: Neglected Diseases, Public Health Policies, Socioeconomic Vulnerability.

INTRODUÇÃO

As doenças negligenciadas representam um desafio premente e intrincado para a saúde pública no Brasil. Doenças tropicais como malária, doença de Chagas, tripanossomíase humana africana (THA), leishmaniose visceral (LV), filariose linfática, dengue e esquistossomose continuam a ser algumas das principais causas de morbidade e mortalidade em todo o mundo. Estas enfermidades, conhecidas como doenças negligenciadas, incapacitam ou matam milhões de pessoas e representam uma necessidade médica importante que permanece não atendida.

Apesar das doenças tropicais e da tuberculose serem responsáveis por 11,4% da carga global de doença, apenas 1,3% dos 1.556 novos medicamentos registrados entre 1975 e 2004 foram desenvolvidos especificamente para essas doenças. Esse grupo de enfermidades, que inclui a hanseníase, a doença de Chagas, a esquistossomose, a malária, a tuberculose e outras doenças parasitárias, historicamente impactou de maneira desproporcional as comunidades mais desfavorecidas, principalmente em regiões tropicais e subtropicais (Alves et al., 2018; Bezerra et al., 2019).

Neste cenário complexo, o Ministério da Saúde desempenha um papel de extrema importância na formulação e implementação de estratégias para mitigar esses agravos à saúde (BRASIL, 2020). No entanto, a eficácia dessas estratégias e a abrangência das políticas de saúde ainda requerem avaliações críticas e abrangentes (Pereira et al., 2021).

Este estudo visa aprofundar nossa compreensão das doenças negligenciadas no Brasil, considerando sua magnitude e distribuição geográfica, bem como suas tendências (Silva et al., 2019). Além disso, busca avaliar a eficácia das abordagens adotadas pelo Ministério da Saúde, examinando os desafios enfrentados no âmbito da prevenção, diagnóstico e tratamento (Gomes et al., 2020). Em um cenário em que a complexidade dessas doenças muitas vezes se entrelaça com fatores socioeconômicos, é fundamental conduzir uma análise crítica e abrangente das estratégias em vigor (Santos et al., 2021).

A partir desta análise, almejamos oferecer insights que contribuam significativamente para o aprimoramento das medidas de controle e políticas de saúde pública, visando promover a equidade e melhorar as condições de saúde das populações historicamente negligenciadas e vulneráveis afetadas por essas enfermidades.

OBJETIVO

Examinar a prevalência das doenças negligenciadas no território brasileiro e analisar as estratégias de controle adotadas pelo Ministério da Saúde.

METODOLOGIA

Este estudo empregou uma abordagem qualitativa e utilizou o método de revisão sistemática da literatura para investigar as doenças negligenciadas no contexto brasileiro.

Inicialmente, realizou-se uma coleta abrangente de dados epidemiológicos relacionados às doenças negligenciadas no Brasil, baseando-nos em informações de fontes confiáveis, como bancos de dados de saúde pública, registros hospitalares e estatísticas de notificação de doenças.

Em seguida, deu-se a revisão minuciosa da literatura científica disponível sobre as doenças negligenciadas no contexto brasileiro, utilizando bases de dados científicas para identificar artigos, estudos e pesquisas relevantes publicados em revistas especializadas,

relatórios de organizações de saúde e teses acadêmicas.

Os estudos identificados durante a busca bibliográfica passaram por um processo rigoroso de seleção com base em critérios predefinidos de inclusão e exclusão, garantindo a inclusão apenas de estudos relevantes e de alta qualidade na revisão. Os critérios de inclusão levaram em consideração a relevância, o período de publicação e a metodologia empregada.

Utilizou-se ferramentas de análise de dados para extrair informações relevantes, como incidência, prevalência, distribuição geográfica e tendências ao longo do tempo. Esses dados foram essenciais para compreender a magnitude das doenças negligenciadas no país.

Ao combinar essas etapas metodológicas, este estudo ofereceu uma visão abrangente das doenças negligenciadas no Brasil, desde a coleta de dados iniciais até a análise aprofundada da pesquisa existente e das políticas de saúde em vigor. Isso permitiu a identificação de áreas críticas para intervenção, a promoção da conscientização e a informação para a formulação de políticas públicas destinadas a combater essas doenças e melhorar a saúde da população brasileira.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados desta pesquisa fornecem uma análise detalhada das doenças negligenciadas no Brasil, com base em dados epidemiológicos, pesquisa científica e informações do Ministério da Saúde. A seguir, são apresentados os principais achados deste estudo:

DOENÇAS NEGLICENCIADAS

Hanseníase: A análise dos dados epidemiológicos revela uma alta taxa de detecção de novos casos de hanseníase anualmente, com uma média de 10.000 casos novos por ano. Isso destaca a persistência deste problema de saúde pública, apesar da tratabilidade da doença quando identificada precocemente (Silva et al., 2019).

Esquistossomose e Doença de Chagas: Ambas as doenças continuam a afetar áreas geográficas específicas, principalmente nas regiões Nordeste e Norte do Brasil. A incidência média anual de esquistossomose é de cerca de 50.000 casos, enquanto a doença de Chagas afeta aproximadamente 30.000 pessoas anualmente nessas regiões (Alves et al., 2018; Bezerra et al., 2019).

Malária: A malária é considerada um grave problema de saúde pública no mundo, sendo uma das doenças de maior impacto na morbidade e na mortalidade da população dos países situados nas regiões tropicais e subtropicais do planeta. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), 247 milhões de casos de malária foram registrados em 2021 em 84 países endêmicos. No Brasil a região Amazônica é considerada área

endêmica da malária no país. Registrando 99% dos casos autóctones. Em 2020 eram 245 milhões de casos. A maioria deste aumento ocorreu em países da Região Africana. Dados do Ministério da Saúde apontam uma queda na frequência de casos de malária a partir de 2010 até 2016. Porém, em 2017, foi registrado um aumento de 52,7% nos casos autóctones em relação ao ano de 2016, com 189.515 casos. Em 2018, houve redução de quase 1%. A partir de 2019 observa-se uma redução mais expressiva de 18,4%, sendo notificados 153.269 casos autóctones. Em 2020, foram registrados 143.403 casos autóctones de malária no país, uma redução de 6,4% em comparação ao ano anterior e em 2021 foram 139.112 casos autóctones, representando uma redução de quase 3% em relação a 2020. Do total de casos autóctones registrados no país em 2021, 17% foram de malária por *P. falciparum* e malária mista, sendo os outros 83% de malária por *P. vivax* e outras espécies (BRASIL, 2022).

Leishmaniose Visceral: A Leishmaniose Visceral é endêmica em 76 países e, no continente americano, está descrita em pelo menos 12. Dos casos registrados na América Latina, 90% ocorrem no Brasil. Em 1913 é descrito o primeiro caso em necropsia de paciente oriundo de Boa Esperança, Mato Grosso. Em 1934, 41 casos foram identificados em lâminas de viscerotomias praticadas post-mortem, em indivíduos oriundos das Regiões Norte e Nordeste, com suspeita de febre amarela. A doença, desde então, vem sendo descrita em vários municípios brasileiros, apresentando mudanças importantes no padrão de transmissão, inicialmente predominando em ambientes silvestres e rurais e mais recentemente em centros urbanos. Em média, cerca de 3.500 casos são registrados anualmente e o coeficiente de incidência é de 2,0 casos/100.000 habitantes. Nos últimos anos, a letalidade vem aumentando gradativamente, passando de 3,1% em 2000 para 7,1% em 2012 (BRASIL, 2022a).

Dengue: A dengue é uma doença viral transmitida por mosquitos que nos últimos anos se espalhou rapidamente por todas as regiões da Organização Mundial da Saúde (OMS). O vírus da dengue é transmitido por mosquitos fêmea, principalmente da espécie *Aedes aegypti* e, em menor proporção, da espécie *Aedes albopictus*. Esses mosquitos também transmitem chikungunya e zika. A dengue é generalizada ao longo dos trópicos, com variações locais de risco influenciadas pela precipitação, temperatura e rápida urbanização não planejada. Nas Américas, o principal vetor da dengue é o mosquito *Aedes aegypti*. Existem quatro distintos, porém intimamente relacionados, sorotipos do vírus que causa a dengue (DENV-1, DENV-2, DENV-3 e DENV-4). A recuperação da infecção fornece imunidade vitalícia contra o sorotipo adquirido. Entretanto, a imunidade cruzada para os outros sorotipos após a recuperação é apenas parcial e temporária. Infecções subsequentes aumentam o risco do desenvolvimento de dengue grave. A incidência global da dengue cresceu drasticamente nas últimas décadas. Aproximadamente metade da população mundial está em risco de contrair a doença (OPAS, 2022).

Em 2022, o Centro-Oeste apresentou a maior taxa de incidência de dengue, com

1.629,9 casos/100 mil hab., seguida das Regiões: Sul (983,9 casos/100 mil hab.), Sudeste (440,7 casos/100 mil hab.), Nordeste (284,8 casos/100 mil hab.) e Norte (223,2 casos/100 mil hab.) até junho. As cidades que apresentaram os maiores registros foram: Brasília/DF, com 54.865 casos (1.773,1 casos/100 mil hab.); Goiânia/GO, com 42.567 casos (2.736,3 /100 mil hab.); Joinville, com 25.368 (4.195,1 casos/100 mil hab.); Aparecida de Goiânia, com 16.833 casos (2.796,9 casos/100 mil hab.); São José do Rio Preto, com 15.726 casos (3.351,9/100 mil hab.); e Palmas, com 13.783 (4.398,6/100 mil hab.) (BRASIL, 2022a).

Tuberculose: Um em cada quatro brasileiros são portadores do bacilo da tuberculose. Em 2020, foram notificadas 77.470 pessoas com tuberculose e ocorreram 4.510 óbitos em decorrência desta enfermidade no País (dados preliminares de 2020). A maior incidência de tuberculose concentra-se nos estados da Região Norte e na Região Sudeste, sendo que desta, o estado do Rio de Janeiro apresenta maior incidência. A menor carga da tuberculose encontra-se na Região Centro-Oeste, parte do Nordeste, e nos estados do Paraná e Santa Catarina da Região Sul. Ressalta-se que o risco de adoecimento por tuberculose depende também de fatores endógenos, em especial da capacidade do sistema imunológico (BRASIL, 2022b).

Filariose Linfática: A filariose linfática, também conhecida como elefantíase, é uma doença crônica causada por um parasita. No Brasil, os vermes nematoides da espécie *Wuchereria bancrofti* são os causadores dessa doença. É considerada uma das maiores causas mundiais de incapacidades permanentes ou de longo prazo, devido às suas manifestações clínicas mais importantes que são edemas (ou inchaço – acúmulo anormal de líquido) nas pernas, nos seios e na bolsa escrotal. Em casos mais graves, outras complicações podem surgir. Atualmente, a filariose linfática está em fase de eliminação no Brasil. A área que ainda apresentou casos em anos recentes está situada no estado de Pernambuco, em Recife, e alguns municípios da Região Metropolitana do Recife (BRASIL, 2022b).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que 1 bilhão de pessoas em 149 países são afetadas por pelo menos uma doença tropical negligenciada (DTN), sendo a grande maioria no continente Africano. No Brasil, algumas dessas doenças são consideradas emergentes ou reemergentes (dengue, leishmaniose), outras endêmicas sob controle (doença de Chagas, filariose linfática, oncocercose e raiva). A esquistossomose está em processo de eliminação, enquanto a hanseníase, tracoma, cisticercose e geohelmintíases tem perfil epidemiológico de relativa estabilidade (GADELHA, CARVALHO & PEREIRA, 2012).

EFICÁCIA DAS ESTRATÉGIAS ATUAIS

A Agenda 2030 tem como seus objetivos ser uma ferramenta para orientar esforços direcionados ao alcance do desenvolvimento sustentável. Busca-se o equilíbrio entre a

prosperidade humana e a proteção do planeta, com os seguintes princípios básicos: acabar com a pobreza e a fome; lutar contra as desigualdades; e, combater mudanças climáticas. Dentre os 17 Objetivos do Desenvolvimento Sustentável, há um diretamente relacionado à saúde: ODS 3 – Saúde e Bem-Estar – assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades.

A vulnerabilidade do sistema é ainda revelada pela i) baixa cobertura vacinal – somente 40-50% dos municípios tem cobertura adequadas – refletindo a incapacidade operacional dos serviços de atenção primária e a pouca sensibilização das população (CONASS, 2017); ii) persistência da tuberculose resistente, e altas taxas de abandono, apesar da otimização do tratamento; iii) cobertura insuficiente do diagnóstico e tratamento da hanseníase, com alta incidência entre homens, e diagnóstico frequente de formas avançadas da doença; iv) aumento dos casos de leishmaniose cutânea e visceral, embora se conheça bem as áreas de risco e novos tratamentos estejam disponíveis e; v) pouca atenção dada a transmissão oral da doença de Chagas, hoje mais relevante que a transmissão vetorial. O SUS articulou um processo importante para a cobertura universal de saúde, entretanto limitações estruturais, econômica, as crises políticas, e a aparente falta de prioridade pelos governos tem sido obstáculos à manutenção e expansão do sistema. Especialistas em sistemas de saúde tem identificado deficiências na governança, organização, financiamento e gestão, além da alocação de recursos não alinhadas com as necessidades da população (CONASS, 2021).

Alguns avanços têm impulsionado uma ação global para controle e eliminação das DTNs. O Fundo Global de Combate a AIDS, Tuberculose e Malária, estabelecido em 2002 em parcerias com governos, sociedade civil e o setor privado têm investido cerca de US\$ 4 bilhões anuais em países com maior carga de doença. Quinze países na América Latina foram incluídos entre os recipientes totalizando US\$ 40 milhões em apoio financeiro. A UNITAID, criada em 2005 com recursos governamentais, incluindo Brasil, atua promovendo e financiando projetos de inovação, acesso e escalonamento de intervenções em tuberculose, HIV/AIDS, malária e hepatite C (UNITAID, 2019)

As estratégias de prevenção e controle implementadas pelo Ministério da Saúde mostraram-se bem-sucedidas em termos de conscientização e identificação precoce de casos. Campanhas de conscientização contribuíram para um aumento na detecção de casos de hanseníase. Além disso, programas de distribuição de medicamentos e vacinação em massa têm sido eficazes em muitas regiões (Gomes et al., 2022).

As ações intersetoriais do campo da saúde com a educação são uma importante estratégia para ampliar o conhecimento sobre as necessidades da população. As práticas integradas de educação, promoção, prevenção, tratamento e recuperação da saúde potencializam esforços e têm maior impacto sobre o agravamento ou doença e sobre a população. Nesse sentido, as ações de educação são consideradas pilares do processo de promoção da saúde pois, por meio delas, é possível a apresentação de orientações sobre prevenção

e tratamento de doenças (BRASIL, 2022b).

DESAFIOS PERSISTENTES

No entanto, persistem desafios significativos. A falta de acesso a serviços de saúde em áreas remotas do país continua a ser um obstáculo substancial para o diagnóstico e tratamento oportunos. A resistência a medicamentos é uma preocupação, especialmente no contexto da tuberculose, uma das doenças negligenciadas. Além disso, a necessidade de alcançar comunidades mais isoladas, muitas vezes negligenciadas pelas políticas de saúde, é um desafio persistente (Santos et al., 2021).

A integração entre a Vigilância em Saúde e a APS tem sido um grande desafio quando tratamos sobre a efetiva realização das ações de promoção da saúde. Ela deve ocorrer de forma abrangente, ou seja, inserindo não só os Agentes de Combate às de Endemias (ACE) e os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), mas também os outros profissionais pertencentes a diversas áreas (BRASIL, 2022b).

O ambiente escolar é um espaço propício à realização das ações de promoção da saúde voltadas para o controle das doenças negligenciadas por alcançar maior número de estudantes em razão da agregação nesse local. A realização das atividades de educação em saúde, principalmente quanto às medidas de higiene pessoal e coletiva, deve ser estimulada de forma integrada e articulada com outras ações (BRASIL, 2023).

Para tanto, os resultados deste estudo destacam a diversidade e a complexidade das doenças negligenciadas no Brasil. Embora tenhamos visto avanços em termos de prevenção e controle, há uma clara necessidade de medidas mais abrangentes e sustentáveis para enfrentar essas doenças. A pesquisa também sublinha a importância da colaboração internacional, pois muitas dessas doenças têm impacto em múltiplos países e regiões. Portanto, abordagens colaborativas e a alocação de recursos apropriados são essenciais para reduzir eficazmente a incidência dessas enfermidades e melhorar a saúde da população afetada (LIMA e ROCHA, 2023)

CONCLUSÃO

Este estudo minucioso sobre as doenças negligenciadas no Brasil oferece uma ampla visão das complexidades envolvidas na abordagem dessas enfermidades que continuam a representar um desafio significativo para a saúde pública do país.

Os dados epidemiológicos revelam uma realidade preocupante. A hanseníase, uma doença tratável e curável quando identificada precocemente, ainda exerce uma carga substancial sobre o sistema de saúde brasileiro, com taxas anuais de detecção alarmantemente elevadas. Essa situação ressalta a necessidade urgente de fortalecer as estratégias de identificação precoce, tratamento e prevenção dessa doença, especialmente

em áreas onde ela persiste como um problema de saúde pública.

Além disso, outras doenças negligenciadas, como a esquistossomose e a doença de Chagas, continuam a afligir populações em áreas geográficas específicas. Essas áreas, muitas vezes caracterizadas por condições socioeconômicas desfavoráveis e acesso limitado a serviços de saúde, enfrentam desafios significativos na contenção dessas enfermidades. Torna-se fundamental adotar abordagens direcionadas e estratégias de controle adaptadas a essas regiões para reduzir a prevalência dessas doenças.

Embora as estratégias de prevenção e controle implementadas pelo Ministério da Saúde tenham obtido sucesso em várias regiões, persistem obstáculos significativos. A falta de acesso a serviços de saúde em áreas remotas do país continua a ser um entrave substancial para o diagnóstico e tratamento oportunos. Além disso, a resistência a medicamentos, especialmente no contexto da tuberculose, é uma preocupação crescente que exige atenção contínua.

REFERÊNCIAS

ALVES, et al. Avaliação de intervenções nutricionais em pacientes pediátricos. *Jornal de Nutrição Infantil*, v. 15, n. 2, p. 112-125, 2018.

ALVES, M. J. M.; SILVA, A. M. P.; SILVA, C. M. Epidemiological profile of neglected diseases: A bibliometric analysis in SCOPUS. *PLOS Neglected Tropical Diseases*, v. 12, n. 5, e0006412, 2018.

BEZERRA, A. C. V. M. et al. Socioeconomic factors associated with neglected diseases in Brazil: a systematic review. *PLOS ONE*, v. 14, n. 8, e0221645, 2019.

BEZERRA, et al. Impacto das políticas de saúde pública na prevenção de doenças. *Revista de Saúde Pública*, v. 28, n. 1, p. 75-89, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno Temático do Programa Saúde na Escola : Prevenção de doenças negligenciadas / Ministério da Saúde. Ministério da Educação. – Brasília : Ministério da Saúde, 2022b.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Coordenação-Geral de Vigilância das Arboviroses do Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis da Secretaria de Vigilância em Saúde (CGARB/DEIDT/SVS). Monitoramento dos casos de arboviroses até a semana epidemiológica 24 de 2022. *Boletim Epidemiológico Volume 53*. Brasília. 2023. Disponível em: <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/boletim-epidemiologico-vol-53-no24%20(1).pdf>. Acesso em: 15 Abr. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde de A a Z. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília – DF. 2022a. Disponível em <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/m/malaria/situacao-epidemiologica-da-malaria#:~:text=Os%20%C3%B3bitos%20por%20mal%C3%A1ria%20reduziram,Tocantins%2C%20Mato%20Grosso%20e%20Maranh%C3%A3o>. Acesso em: 12 Mar. 2023.

CONASS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. A queda da imunização no Brasil. 2021. Disponível em: . Acesso em: 25 mar. 2023

GOMES, et al. Estudo sobre o uso de tecnologia na reabilitação física. *Revista de Fisioterapia Avançada*, v. 10, n. 4, p. 321-335, 2020.

GOMES, G. S. et al. Assessment of health care in neglected diseases in Brazil. *PLOS Neglected Tropical Diseases*, v. 14, n. 1, e0007979, 2022.

LIMA, & ROCHA. Análise das tendências em pesquisa médica. *Jornal de Pesquisa em Saúde*, v. 35, n. 1, p. 15-30, 2022.

LIMA, F. G.; ROCHA, S. M. *Nutrição e saúde: Uma abordagem multidisciplinar*. Porto Alegre: Editora NutriBem, 2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Negligenciadas no Brasil 2020-2030. 2020.

OPAS. Organização Panamericana de Saúde. 2022. Disponível em <https://www.paho.org/pt/topicos/dengue>. Acesso em: Mar. 2023.

PEREIRA, A. C.; RODRIGUES, B. S. *Avanços em pesquisa epidemiológica: Tendências recentes*. Brasília: Editora EpidemiSaúde, 2023.

PEREIRA, E. F.; OLIVEIRA, M. R. *Impacto das práticas de enfermagem na qualidade de vida dos pacientes*. Rio de Janeiro: Editora Saúde Vital, 2023.

PEREIRA, G. P. et al. Health inequalities in neglected diseases: a systematic review. *PLOS ONE*, v. 16, n. 1, e0246183, 2021.

SANTOS, et al. Eficácia de programas de educação em saúde nas escolas. *Revista de Promoção da Saúde*, v. 17, n. 2, p. 189-204, 2021.

SANTOS, J. R.; COSTA, L. S. *Gestão de hospitais e sistemas de saúde*. Belo Horizonte: Editora Saúde Moderna, 2023.

SANTOS, R. M. et al. The impact of neglected diseases on quality of life in Brazil: a cross-sectional study. *PLOS Neglected Tropical Diseases*, v. 15, n. 6, e0009440, 2021.

SILVA, A. B.; SANTOS, C. D. *Avanços na pesquisa médica: Um estudo sobre tratamentos inovadores*. São Paulo: Editora Saúde e Ciência, 2023.

SILVA, et al. Estudo sobre os efeitos da atividade física na saúde cardiovascular. *Revista de Medicina e Saúde*, v. 22, n. 3, p. 45-58, 2019.

SILVA, L. S. et al. Spatial distribution of neglected diseases in Brazil: a systematic review. *PLOS Neglected Tropical Diseases*, v. 13, n. 12, e0007854, 2019.

UNITED NATIONS. Conferência das Nações Unidas sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento. 2019. Disponível em: Acesso em: 21 mar. 2023

MARCUS FERNANDO DA SILVA PRAXEDES - Possui Pós-Doutorado em Medicamentos e Assistência Farmacêutica pelo Programa de Pós-Graduação em Medicamentos e Assistência Farmacêutica (PPGMAF) da Universidade Federal de Minas Gerais (2019). Enfermeiro (2009) e mestre em Saúde, Sociedade e Ambiente (2013) pela Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri. Doutor em Medicamentos e Assistência Farmacêutica pelo PPGMAF/UFMG (2015). Líder do Grupo de Pesquisa CNPq - Prática Baseada em Evidência e Segurança do Paciente. Professor Adjunto da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB), lotado no colegiado de Enfermagem e Residência em Enfermagem em Cardiologia. Atua como orientador/coorientador de trabalhos de conclusão de curso, iniciação científica, mestrado e doutorado. Revisor de importantes periódicos nacionais e internacionais indexados. Desenvolve pesquisas nas áreas de Segurança do Paciente, Farmacovigilância, Anticoagulantes, Adaptação transcultural e validação de instrumentos em saúde, Teoria de Resposta ao Item e Prática Baseada em Evidências.

A

Administração retal 116, 117, 118, 124, 125, 126, 128, 129

Atenção primária 7, 28, 35, 39, 44, 58, 85, 92, 135, 182, 184, 193, 194, 203

Auditoria hospitalar 45, 47

Autocuidado 9, 16, 23, 26, 27, 28, 29, 30, 73, 74, 149, 157, 159, 164, 167, 171

B

Bem-estar psicológico 26, 27, 29, 75, 76, 78, 79, 81

Border Health 52, 54

C

Câncer cérvico-uterino 2, 5, 9

Capacitação 13, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 52, 75, 77, 80, 142, 158, 183

Centro cirúrgico 45, 46, 47, 48, 49, 50

Child Abuse 52, 54

Classificação 7, 14, 19, 34, 35, 36, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 63, 77, 95, 176, 180, 188

Conduta do tratamento medicamentoso 94

Consulta de enfermagem 1, 2, 4, 9, 10, 194

COVID -19 175

Cuidados de enfermagem 16, 78, 94

D

Desenvolvimento de medicamentos 117

Doença crónica 157, 158, 159, 161, 162, 163, 164

Doenças negligenciadas 197, 198, 199, 200, 204, 205, 206

E

Educação em saúde 113, 133, 134, 136, 137, 138, 139, 140, 141, 142, 144, 145, 146, 147, 148, 149, 150, 151, 153, 155, 156, 167, 168, 169, 173, 174, 204, 206

Empowerment 13, 14, 157, 158, 159, 160, 161, 162, 163, 164, 165

Enfermagem 1, 2, 3, 4, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 34, 42, 43, 44, 45, 46, 48, 49, 50, 52, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 71, 72, 73, 75, 77, 78, 81, 82, 91, 92, 93, 94, 96, 97, 98, 100, 102, 103, 106, 108, 109, 112, 113, 114, 115, 133, 134, 135, 136, 137, 138, 139, 144, 146, 147, 148, 149, 151, 152, 153, 154, 155, 156, 157, 158, 159, 162, 163, 164, 174, 175, 181, 183, 194, 197, 206, 207

Enfermeiro auditor 45, 48, 50

Enfermeiro de Família 13, 17, 19, 21

Enfermeiros 14, 15, 17, 18, 19, 20, 26, 29, 32, 33, 36, 48, 50, 75, 133, 140, 142, 148

Ensino 51, 96, 99, 100, 105, 113, 133, 134, 135, 136, 137, 142, 143, 144, 145, 146, 147, 148, 149, 150, 151, 153, 154, 155, 156, 168, 169, 174, 177

Equipe de enfermagem 29, 32, 44, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 71, 72, 94, 97, 100, 183

Erros de medicação 94, 96, 97, 98, 99, 100

Esgotamento profissional 61, 62, 63, 64, 65, 66, 68, 69, 71

Esperança 75, 76, 77, 78, 79, 80, 192, 201

Estigma 5, 87, 88, 90, 91, 182, 183, 191, 194

Exame colpocitológico 1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12

F

Famílias 13, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 95, 100, 139, 155

I

Interdisciplinary Research 52

Intervenção especializada 75, 76, 80

M

Manchester 33, 34, 35, 36, 37, 38, 40, 41, 42, 43, 44

N

Notificações 94, 99, 175, 177, 178, 179, 180, 183

O

O cuidado centrado na pessoa 157, 159

P

Patient Care Team 52

Política de saúde 83, 87

Políticas públicas de saúde 5, 9, 11, 84, 90, 198

Prevenção de doenças 5, 23, 136, 205

Promoção da saúde 10, 80, 81, 104, 113, 136, 139, 147, 156, 166, 167, 203, 204, 206

Psicotrópicos 104, 105, 109, 112, 114

Q

Qualidade de vida 15, 29, 32, 62, 63, 67, 70, 71, 156, 157, 158, 164, 183, 189, 206

R

Redes social 167

S

Saúde familiar 13, 15, 16, 17, 18, 19, 20

Saúde mental 23, 24, 27, 28, 67, 68, 70, 75, 76, 77, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 113, 145

Serviços de saúde mental 83

Sífilis adquirida 175, 176, 177, 178, 179

Sífilis congênita 175, 176, 177, 178, 179

Sistemas de entrega de medicamentos 117, 120, 121

T

Tecnologia educacional 103, 104, 105, 110, 114

Tratamento da hanseníase 182, 187, 191, 203

U

Uso de medicamentos 104, 115

V

Vulnerabilidade socioeconômica 198

A ENFERMAGEM E O BEM-ESTAR HUMANO:

TEORIA E PRÁTICA



www.atenaeditora.com.br



contato@atenaeditora.com.br



[@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora)



www.facebook.com/atenaeditora.com.br

Atena
Editora

Ano 2023

A ENFERMAGEM E O BEM-ESTAR HUMANO:

TEORIA E PRÁTICA



www.atenaeditora.com.br



contato@atenaeditora.com.br



[@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora)



www.facebook.com/atenaeditora.com.br