

SAÚDE, MEIO AMBIENTE E TECNOLOGIA NO CUIDADO INTERDISCIPLINAR

ORGANIZADORA
HELENA PORTES SAVA DE FARIAS


epilaya
Editora

Helena Portes Sava de Farias

Organizadora

SAÚDE, MEIO AMBIENTE E TECNOLOGIA NO CUIDADO
INTERDISCIPLINAR

1ª Edição



Rio de Janeiro – RJ
2021

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)**

P963 Saúde, meio ambiente e tecnologia no cuidado interdisciplinar [livro eletrônico] / Organizadora Helena Portes Sava de Farias. – Rio de Janeiro, RJ: Epitaya, 2021.

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

ISBN 978-65-87809-22-9

1. Saúde. 2. Meio ambiente. 3. Tecnologia. I. Farias, Helena Portes Sava de.

CDD 610

Elaborado por Maurício Amormino Júnior –CRB6/2422

Epitaya Propriedade Intelectual Editora Ltda
Rio de Janeiro / RJ
contato@epitaya.com.br
<http://www.epitaya.com.br>


epitaya
Editora

Helena Portes Sava de Farias

Organizadora

SAÚDE, MEIO AMBIENTE E TECNOLOGIA NO CUIDADO
INTERDISCIPLINAR



Rio de Janeiro – RJ
2021

Epitaya Propriedade Intelectual Editora Ltda
1ª Edição - Copyright © 2021 dos autores

Direitos de Edição Reservados à Epitaya Propriedade Intelectual Editora Ltda.

Nenhuma parte desta obra poderá ser utilizada indevidamente, sem estar de acordo com a Lei nº 9.610/98.
Todo o conteúdo, assim como as possíveis correções necessárias dos artigos é de responsabilidade de seus autores.

CONSELHO EDITORIAL

EDITOR RESPONSÁVEL	Bruno Matos de Farias
ASSESSORIA EDITORIAL	Helena Portes Sava de Farias
MARKETING / DESIGN	Gercton Bernardo Coitinho
DIAGRAMAÇÃO / CAPA	Bruno Matos de Farias
REVISÃO	Autores

CONSELHO EDITORIAL

COMITÊ CIENTÍFICO	Profa. Kátia Eliane Santos Avelar
CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE	Profa. Fabiana Ferreira Koopmans
	Profa. Maria Lelita Xavier
	Profa. Eluana Borges Leitão de Figueiredo
	Profa. Maria Regina da Silva Pinheiro
	Profa. Cleide Gonçalo Rufino
	Profa. Roberta Kele Ribeiro Ferreira
	Prof. Thiago de Freitas França
	Prof. Daniel da Silva Granadeiro

APRESENTAÇÃO

É com grande satisfação que lhes apresento o e-book intitulado “Saúde, meio ambiente e tecnologia no cuidado interdisciplinar”. Nele foi possível reunir artigos de pesquisadores brasileiros na área da saúde como fruto de suas pesquisas acadêmicas, de iniciação científica e Trabalho de Conclusão de Curso.

O capítulo 1 aborda sobre a violência obstétrica e os impactos físicos e psicológicos na vida da mulher. Para tanto, foi necessário realizar uma análise na literatura sobre as estratégias que os enfermeiros utilizam a fim de reduzir as ocorrências de violência obstétrica nos serviços de saúde.

No capítulo 2 as autoras investigam sobre a capacitação do enfermeiro na língua brasileira de sinais. Essa temática é de tamanha relevância, visto que no Brasil existem cerca de 5% de deficientes auditivos que também procuram o serviço de saúde como qualquer outro cidadão. Mas que de fato o seu atendimento por vezes é prejudicado porque os profissionais de saúde, incluindo o enfermeiro, não estão preparados para se comunicar.

O capítulo 3 discute sobre a educação 4.0 e os desafios para o enfermeiro na educação popular em saúde. Algo que não se pode negar no século XXI é que a tecnologia veio para ficar e que cada vez mais as pessoas estão dependentes dela e conectadas a ela. Mas todo esse avanço não atinge todas as idades, nem tão pouco classes sociais. A desigualdade social ainda é uma realidade muito latente. Isso faz com que as práticas educativas de saúde sejam equilibradas para atender a toda população: os conectados e os desconectados da rede.

Já no capítulo 4 a inquietação da pesquisa é sobre a humanização do parto cesariano e os desafios enfrentados pelos profissionais de enfermagem. Por muitos anos eram considerado parto humanizado somente o parto vaginal. Fato que hoje a discussão é outra. Parto humanizado, em geral, é aquele que é respeitado inicialmente a via de parto da mulher, assim como seus desejos e vontades na hora do parir. A pesquisa realizada foi bibliográfica em que foi possível desenvolver estratégias que buscam ofertar atenção humanizada por meio de boas práticas ao parto e nascimento.

O capítulo 5 discute sobre a importância da alimentação e da nutrição no climatério. Uma vez que o indivíduo entende que a sua saúde passa pela sua alimentação, ele tem nas mãos a receita da longevidade e bem-estar. E não poderia ser diferente no climatério. Nesta fase, a mulher sofre com um desequilíbrio hormonal muito forte e a boa nutrição diminui os sintomas associados ao climatério.

No capítulo 6 foi criado um fluxograma para orientação ao paciente hipertenso e diabético quanto ao local de atendimento a partir de seus sinais e sintomas: unidade básica de saúde ou emergência hospitalar. Essa é uma realidade diária nas unidades de saúde. Pacientes procurando atendimento nas emergências que deveriam ser tratados nas unidades básicas de saúde por meio de acompanhamento de perto da equipe.

O capítulo 7 apresenta a realidade do atendimento da clínica da família como local de aprendizagem e acolhimento ao morador em situação de rua. Durante a pesquisa observou-se que o número de pessoas em situação de rua aumentou consideravelmente e que agora além de pessoas desempregadas, famílias inteiras integram a rua, uma vez que o salário de quem sustenta a casa não é suficiente para a manutenção do lar. E em todo esse enredo, como a clínica da família atua no acolhimento ao morador em situação de rua e sua família.

No capítulo 8 as autoras discutem a promoção em saúde do enfermeiro em casos de endometriose. Para tanto, pretendeu-se: traçar o perfil da mulher com endometriose, além de estimular a promoção à saúde pelo enfermeiro a mulher com endometriose. A fim de atingir os objetivos é preciso planejar e executar uma estratégia eficaz de educação em saúde e empoderamento à mulher.

O capítulo 9 enfatiza sobre o desempenho cognitivo e lesão por pressão em idoso internados. Este, foi um estudo transversal com 202 idosos que buscou analisar a associação entre desempenho cognitivo e lesão por pressão. Por fim, constatou-se que é fundamental identificar e direcionar intervenções voltadas à prevenção e monitoramento dessas condições que interferem significativamente na independência e autonomia do idoso.

Já o capítulo 10 tem como objetivo aprofundar estudos de pesquisas qualitativas e descritivas sobre crise de ansiedade e depressão em idosos a partir da pandemia do Covid-19. Acredita-se que a pesquisa possa trazer contribuições com a criação do Projeto de Intervenção para quem está nesta faixa etária, como atendimentos no SAC para Idosos, oficinas, palestras, workshop, onde todas serão remotas devido a pandemia, e pós-pandemia presenciais, sendo assim seria de grande valia para que esses idosos se sentissem bem mentalmente e fisicamente.

Boa leitura!

Profa Helena Portes Sava de Farias
Msc em Desenvolvimento Local
Organizadora do E-book Saúde, meio ambiente e
tecnologia no cuidado interdisciplinar

SUMÁRIO

<i>Capítulo 1</i>	09
(DES)INSTITUCIONALIZAÇÃO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: IMPLICAÇÕES DO ENFERMEIRO COM A HUMANIZAÇÃO DO PARTO	
<i>Isabela da Silva Lima; Flávia Cristiane da Rocha; Eluana Borges Leitão de Figueiredo</i>	
<i>Capítulo 2</i>	19
CAPACITAÇÃO DO ENFERMEIRO NA LÍNGUA BRASILEIRA DE SINAIS	
<i>Andreia Borges da Silva; Gabriela de Abreu Brito; Júlia da Silva Poiava; Vanessa Nunes Barbosa; Helena Portes Sava de Farias</i>	
<i>Capítulo 3</i>	27
EDUCAÇÃO 4.0: DESAFIOS PARA O ENFERMEIRO NA EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE	
<i>Pollyana Coelho da Silva Espíndola; Thatiana Afonso Juliace Rodrigues; Alciléa Barbosa de Andrade Sóra</i>	
<i>Capítulo 4</i>	32
PARTO CESÁREO HUMANIZADO: DESAFIO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM	
<i>Jéssica Alves Machado; Amanda Paixão Chipoleschi; Èvelyn Alves da Silva; Marcielle da Cunha; Helena Portes Sava de Farias</i>	
<i>Capítulo 5</i>	47
IMPORTÂNCIA DA ALIMENTAÇÃO E DA NUTRIÇÃO NO CLIMATÉRIO	
<i>Chirle de Oliveira Raphaelli; Elisa dos Santos Pereira; Suely Ribeiro Bampi</i>	
<i>Capítulo 6</i>	58
A CRIAÇÃO DE UM FLUXOGRAMA PARA ORIENTAÇÃO AO PACIENTE HIPERTENSO E DIABÉTICO QUANTO AO LOCAL DE ATENDIMENTO A PARTIR DOS SEUS SINAIS E SINTOMAS: UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE OU EMERGÊNCIA HOSPITALAR?	
<i>Marcielle da Cunha; Amanda Paixão Chipoleschi; Èvelyn Alves da Silva; Jéssica Alves Machado; Helena Portes Sava de Farias</i>	
<i>Capítulo 7</i>	81
CLÍNICA DA FAMÍLIA COMO LOCAL DE APRENDIZAGEM E ACOLHIMENTO AO MORADOR EM SITUAÇÃO DE RUA	
<i>Amanda Paixão Chipoleschi; Jéssica Alves Machado; Èvelyn Alves da Silva; Marcielle da Cunha; Helena Portes Sava de Farias</i>	

Capítulo 8..... 96

ENDOMETRIOSE: PROMOÇÃO EM SAÚDE PELO ENFERMEIRO

Ana Beatriz Andrade Alves; Lidiane Lima Santos; Maria do Carmo Amaral Brito; Alciléa Barbosa de Andrade Sóra

Capítulo 9..... 102

DESEMPENHO COGNITIVO E LESÃO POR PRESSÃO EM IDOSOS INTERNADOS

Tais Ivastcheschen; Clóris Regina Blanski Grden; Luciane Patrícia Cabral; Danielle Bordin; Péricles Martim Reche

Capítulo 10..... 111

CRISE DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM IDOSOS

Adriana Gomes Vieira; Carla Cristini Rangel do Prado dos Santos; Eliza Carla Melo Gomes de Carvalho de Souza; Gisele Felix dos Santos de Souza; Tatiane Alves Silva da Costa; Helena Portes Sava de Farias

Isabela da Silva Lima

Discente do Curso de Enfermagem do Centro Universitário Augusto Motta

Flávia Cristiane da Rocha

Discente do Curso de Enfermagem do Centro Universitário Augusto Motta

Lorena Cavalcanti Botelho

Discente do Curso de Enfermagem do Centro Universitário Augusto Motta

Eluana Borges Leitão de Figueiredo

Enfermeira. Doutora em Ciências do Cuidado em Saúde. Docente do curso de
Enfermagem do Centro Universitário Augusto Motta.

RESUMO

É notório que a violência obstétrica causa muitos impactos na vida das mulheres, sejam eles da ordem física ou psicológica. Todavia, apesar de ser um fenômeno muitas vezes institucionalizado nos espaços onde se realizam partos, esse assunto ainda é pouco falado e tais práticas não são reconhecidas pelas mulheres e até mesmo por profissionais que a praticam. Objetivo: analisar na literatura científica as estratégias que os enfermeiros têm usado para reduzir a ocorrência da violência obstétrica nos serviços de saúde. Metodologia: Trata-se de pesquisa bibliográfica realizada na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), nas bases de dados da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), no Sistema Online de Busca e Análise de Licenciatura Médica (MEDLINE) e nas Bases de Dados de Enfermagem (BDENF). Resultados: as análises das publicações resultaram em duas categorias, sendo que a primeira categoria trata dos modos como essa violência se expressa nos corpos das mulheres parturientes e a segunda categoria está relacionada com a atuação do enfermeiro na (des) institucionalização da violência obstétrica. Conclusão: a partir do estudo foi possível perceber que se faz necessário que os enfermeiros não só identifiquem tais práticas de violência obstétrica no seu processo de trabalho, como também estejam implicados no estabelecimento de ações estratégicas que prezem pela qualidade da assistência e que contestem as regras e padrões estabelecidos.

Descritores: Enfermagem; Violência Contra a Mulher; Parto Humanizado.

INTRODUÇÃO

O conceito “*Disrespectand abuse during childbirth*” tem sido internacionalmente utilizado para designar o que no Brasil vem sendo denominado de violência obstétrica (VO), de violência no parto, de violência institucional ou mesmo estrutural na atenção ao parto. Essa terminologia foi proposta para representar qualquer ato de violência direcionada à mulher grávida, parturiente, puérpera ou ao bebê quando praticada em decorrência da assistência profissional (DINIZ et al, 2015).

Nessa direção, a Organização Mundial de Saúde (OMS) a define como sendo

qualquer atitude desrespeitosa, desumanizada, além de negligência e maus tratos durante a gestação e parto, podendo se expressar das mais variadas formas, como por exemplo: abuso de medicamentos, utilização de Fórceps, dieta zero, episiotomia, desrespeito, assédio moral e físico, abuso, negligência e outras (OMS, 2014). Assim, a violência obstétrica é um problema de saúde pública já que sua prática permanece arraigada e institucionalizada nos serviços de saúde impactando sobremaneira a vida das mulheres e dos bebês.

Para ilustrar a dimensão do problema, tomamos por base a pesquisa *Nascer no Brasil*, coordenada pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), que aponta que uma em cada quatro brasileiras que deram luz no Brasil foi vítima de violência obstétrica. Tal repercussão incide diretamente sobre a imagem social dos serviços de saúde na medida em que a falta de qualidade da assistência afeta a experiência a vida das mulheres, impactando negativamente a experiência de nascer das crianças e a cultura da sociedade sobre o nascimento, podendo comprometer a credibilidade dos serviços de atenção ao parto (BOHREN et al 2014).

Vale dizer que a violência obstétrica tem promovido inúmeros danos às mulheres tanto no aspecto físico quanto psicológico e muitas vezes essas violências são travestidas de cuidado, tornando-a naturalizada na vivência de parir das mulheres brasileiras. Por outro lado, temos trabalhadores de saúde que não reconhecem suas práticas profissionais como sendo violentas ou que produzem apagamentos da existência da mulher, tornando-a como elemento secundário no cenário de nascimento, circunscrevendo-a num cercado de ordens e protocolos onde imperam desrespeito, humilhação e diversos tipos de discriminação de ordem étnica, econômica e social. Tudo isso rompe com as interações humanas, fragiliza os vínculos e conseqüentemente, o cuidado. Desse modo, o conhecimento sobre os modos como a violência se institucionaliza na prática cotidiana dos serviços de saúde torna-se uma importante estratégia do enfermeiro para o seu enfrentamento.

Este estudo, portanto, assume o conceito de institucionalização ancorado em SCOTT (1995) que a reconhece como sendo uma organização que ao longo do tempo estipula regras de funcionamento que são integradas e reproduzidas pelas pessoas dando certa legitimidade cognitiva e normativa no fazer. A institucionalização da violência obstétrica nas práticas profissionais no campo da saúde segue as mesmas regras quando dão continuidade histórica aos modos de cuidar que fragmentam, despersonalizam e patologizam a vida da mulher. A OMS (2014) considera a VO como institucionalizada na cultura obstétrica sendo muitas vezes marcada pela banalização e naturalização do fenômeno de violação dos direitos humanos.

O estudo, então, torna-se relevante à medida que amplia o conhecimento da saúde da mulher na área da Enfermagem Obstétrica, possibilitando identificar uma assistência inadequada dos profissionais de saúde no processo parturitivo, para que assim possa legitimar estratégias para (des) institucionalizar à violência obstétrica das práticas profissionais. O “Des” que acompanha a palavra institucionalização, tomamos de empréstimo do poeta brasileiro Manuel de Barros que nos surpreende com sua capacidade potente de ressignificar as palavras instaurando o sentido de negação, de desconstrução incessante e radical daquilo que é norma (FIGUEIREDO et al, 2015). Assim, a violência obstétrica não deve ser norma, deve ser contestada e banida das práticas profissionais, sobretudo, dos enfermeiros.

Sendo assim, o estudo tem como questão norteadora: Quais os tipos de violência obstétrica estão institucionalizados nos serviços de saúde por meio das práticas profissionais? Quais as implicações do enfermeiro na humanização do parto?

Para elucidar tais questionamentos, temos como objetivo analisar na literatura científica as estratégias que os enfermeiros têm usado para reduzir a ocorrência da violência obstétrica nos serviços de saúde.

METODOLOGIA

Trata-se de revisão bibliográfica decorrente do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) dos autores. O estudo é de natureza descritiva com abordagem qualitativa em que se buscou reunir na literatura científica artigos sobre violência obstétrica. A pesquisa bibliográfica é aquela que visa o levantamento dos trabalhos realizados anteriormente sobre o tema no qual se debruça conduzindo os pesquisadores ao aprendizado sobre uma determinada área. Desse modo, a pesquisa bibliográfica é aquela que é elaborada a partir de material já publicado, constituído principalmente de livros, artigos de periódicos (GIL, 2017).

Preliminarmente, a pesquisa foi realizada na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), com a realização de consulta aos Descritores em Saúde (DeCS), sendo selecionados os termos mais específicos para nortear a coleta de dados. Desta forma, foram utilizados os seguintes descritores: Violência Contra a Mulher, Enfermagem e Parto Humanizado. As bases de dados utilizadas para a pesquisa foram a Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Sistema Online de Busca e Análise de Licenciatura Médica (MEDILINE) e Bases de Dados de Enfermagem (BDENF). Para o rastreamento, algumas produções foram pré-selecionadas com base nos seguintes critérios de inclusão: artigos publicados no idioma português, no recorte temporal compreendidos no período de 2010 a 2020 e disponibilizados sob forma de texto completo. Foram excluídas as produções científicas que não se enquadraram aos objetivos do estudo e os artigos repetidos.

Após coleta de dados, foi realizada leitura exploratória e seletiva dos títulos e resumos identificando-se o objeto e o objetivo da pesquisa, resultando em 10 estudos. Para complementar, foram utilizados livros, manuais, protocolos, resoluções, Trabalhos de Conclusão de Curso e dissertações de mestrado relacionadas ao tema. Os dados foram registrados em planilhas e foram analisados conforme a análise de conteúdo de Bardin (2009) que se caracteriza por técnicas de análises que visam obter indicadores de conhecimentos relativos às condições de produção, procedendo, então, a categorização. Os dados foram organizados em torno de três etapas: 1. pré-análise; 2. exploração do material; e 3. tratamento dos resultados: a inferência e a interpretação. Desse modo, procurou-se articular os assuntos destacados na bibliografia potencial com autores de expressão na área de enfermagem.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Analisados os dados das 10 publicações inclusas neste estudo, procedeu-se a fase de discussão das informações obtidas com o propósito de atender aos objetivos do estudo, sendo os resultados agrupados em duas categorias temáticas, sendo a primeira resultado das publicações que tratam dos modos como a violência obstétrica se expressam na vida das mulheres parturientes e a segunda categoria está relacionada com estudos que apresentam a atuação do enfermeiro na (des) institucionalização da violência obstétrica. O quadro 1 mostra os estudos selecionados na Revisão de Literatura:

Quadro 1: Estudos selecionados na Revisão de Literatura

Nº	Autor e Ano	Título do artigo	Objetivo	Método
01	Menezes <i>et.al.</i> 2020	O olhar de residentes em Enfermagem Obstétrica para o contexto da violência obstétrica nas instituições.	Compreender a percepção de residentes em Enfermagem Obstétrica sobre violência obstétrica em uma maternidade referência do município de Belo Horizonte, estado de Minas Gerais, Brasil.	Qualitativo
02	Oliveira <i>et. al.</i> 2020	Mulher e parto: significados da violência obstétrica e a abordagem de enfermagem.	Compreender o significado da violência obstétrica para mulheres.	Qualitativo
03	Souza <i>et.al.</i> 2019	Violência obstétrica: uma revisão integrativa	Revisar pesquisas brasileiras, identificando os tipos de violência obstétrica, possíveis causas observadas e o papel do enfermeiro nesse cenário.	Revisão integrativa
04	Carniele <i>et.al.</i> 2019	Episiotomia de rotina: necessidade versus violência obstétrica	Conhecer a utilização e realização da episiotomia de rotina, relacionando-a com a violência obstétrica, através de revisão de literatura.	Revisão integrativa
05	Alexandria <i>et. al.</i> 2020	Violência obstétrica na perspectiva dos profissionais de enfermagem envolvidos na assistência ao parto	Avaliar o conhecimento de profissionais de enfermagem envolvidos na assistência ao parto sobre violência obstétrica.	Qualitativo
06	Inagakie <i>et.al.</i> 2018	Fatores associados à humanização da assistência em uma maternidade pública	Identificar fatores associados à humanização da assistência durante o trabalho de parto, parto e nascimento	Quanti-qualitativo
07	Santos, Amália Lúcia Machry; Souza, Martha Helena Teixeira de, 2017	Elaboração de novas tecnologias em enfermagem: utilização de uma cartilha para prevenção	Elaborar cartilha de orientações para profissionais em enfermagem contendo as funções de cada categoria e com orientações sobre os direitos da mulher no pré-natal, parto e pós-parto.	Qualitativo
08	Oliveira, Mayra de Castro; Mercês, Magno Conceição das. 2017	Percepções sobre violências obstétricas na ótica de puérperas	Conhecer a percepção das puérperas no tocante às violências obstétricas.	Qualitativo
09	Nascimento <i>et. al.</i> 2017	Relato de puérperas acerca da violência obstétrica nos serviços públicos	Desvelar as formas de violências obstétricas sofridas durante a gestação e o parto a partir de relatos de puérperas.	Qualitativo
10	Silva <i>et.al.</i> 2014	Violência obstétrica na visão de enfermeiras obstetras.	Relatar a experiência de enfermeiras obstetras sobre a violência obstétrica vivenciada, presenciada e observada durante suas trajetórias profissionais.	Qualitativo

Fonte: Elaboração própria, 2020.

Os modos como a violência obstétrica se expressam na vida das mulheres parturientes

Os autores selecionados neste estudo deram pistas acerca dos modos como a violência obstétrica se expressa nos serviços de saúde e atravessa a vida das parturientes. Violências que vão desde intervenções físicas a abalos psicológicos.

No que se refere as violências sentidas no corpo da mulher parturiente, podemos destacar: exames de toque em excesso e praticados por vários profissionais de saúde; amniotomia para a ruptura da bolsa para acelerar o trabalho de parto; imposição de uma posição que não foi escolhida pela parturiente; negação de outras possibilidades de alívio para dor por meio de métodos não farmacológicos; realização de episiotomia sem prescrição; restrição ao leito; Manter algemadas as detentas em trabalho de parto; privação do direito à alimentação e à deambulação; aplicação de ocitocina para intensificar as contrações do parto; realização de cesariana sem justificativa e lavagem intestinal. (NASCIMENTO, 2017). Desse modo, os estudos mostraram que mesmo que algumas práticas, tais como a Manobra de Kristeller e a prática da episiotomia de rotina fossem consideradas obsoletas, prejudiciais e contraindicadas, tanto pela OMS quanto pela normatização brasileira, ainda permanecem sendo práticas rotineiras nos serviços de saúde. Diante disso, as mulheres não guardam boas recordações do parto, tendo como lembrança o medo, o receio do atendimento de forma desumana e a experiência anterior de dor.

Quais seriam as possíveis explicações para tal fenômeno? Por que o corpo das mulheres tem autorização para esses tipos de violência?

Uma das explicações se dá pela intensa medicalização do corpo feminino. Essa medicalização, ou seja, essa apropriação do nascimento/parto pela medicina e pela ciência principalmente a partir do século XIX em que se passou a desconsiderar e a substituir o parto natural e fisiológico, por um evento altamente tecnológico e invasivo, a cesárea. Nesse cenário, a mulher deixa de ser protagonista e passa a ser controlada já que acha que perdeu a capacidade natural de parir delegando ao outro as decisões e cuidados a serem realizados e os trabalhadores de saúde, por sua vez, impõem sua autoridade acadêmica dando passagens para diferentes formas de violência no trabalho de parto e parto (MODENA, 2018). “O saber médico é constituído em um modelo patriarcal que vê o corpo feminino como essencialmente defectivo” (RADIS, 2019, p.1).

Outro ponto em que os estudos nos ajudaram a compreender o fenômeno, foi refletir a ideia construída socialmente de que a mulher é sexo frágil e por isso carece de se sujeitar as autoridades médicas que sabem o que é melhor ou não para ela e seu bebê impedindo muitas vezes que a mulher consiga reconhecer tais violências.

Se antes as mulheres, no caso as parteiras, dominavam a ciência do partejar, agora, com o advento da medicalização, esse saber foi capturado, transformando o parto em um ato profissional-centrado. “A raiz do problema está na violência de gênero, na apropriação dos corpos das mulheres e retirada de autonomia (RADIS, 2019, p.1).”

Outros modos de violência obstétrica, que são imateriais, mas não menos importantes, são as violências psicológicas. Elas se expressam muitas vezes por violências verbais, que causam danos psicológicos através de comentários constrangedores, ofensivos, humilhantes e que vão inferiorizar essa mulher devido raça, credo, idade, número de filhos etc. causando sentimento de medo, abandono e vulnerabilidade ou mesmo pela falta de informações sobre os procedimentos que serão executados durante a assistência. (OLIVEIRA, 2017). Não é incomum as mulheres parturientes ouvirem os seguintes comentários: “quer que seu filho morra?”; “Na hora de fazer não gritou!”; “No ano que vem você estará aqui de novo”. Tudo isso pode gerar impacto psicológico na qualidade de vida,

na saúde sexual e reprodutiva da mulher. Outro tipo de violência que produz abalos psicológicos é a negligência, ou seja, o ato de impedir ou negar que a gestante receba os serviços que ela tem direito, como por exemplo o direito ao acompanhante na hora do parto que muitas vezes é negado.

Alguns estudos mostraram a forte relação da VO com aspectos raciais e socioeconômicos das mulheres. (LIMA,2019) Quanto mais retinta for a cor da pele e quanto menos recursos financeiros, mais esse corpo é invadido, mais os trabalhadores de saúde se sentem autorizados a violentá-la. Modena (2018) diz que esse cenário é típico de mulheres de baixo nível socioeconômico, negras, de minorias étnicas, com baixa escolaridade, usuárias de drogas ou em situação de rua e até mesmo aquelas sem acompanhantes. Dado também confirmado pela FIOCRUZ em que as mais pobres, as negras, as lésbicas sofrem mais episódios desse tipo de violência (RADIS, 2019).

Nessa direção, foi possível perceber que as consequências da violência obstétrica que são causadas na vida das mulheres são resultado de um conjunto de fatores que envolvem ações de desrespeito que vão desde o pré-natal até o puerpério, e que deve ser refletido pelos enfermeiros, pois tudo isso gera implicações para as usuárias do sistema de saúde, seja ele público ou privado. Os estudos mostraram que quando a violência é institucionalizada, ou seja, enraizada nas práticas, muitos profissionais não visam a qualidade do atendimento e sim a quantidade, porém, deve-se lembrar que é essencial pensar essa usuária como um ser integral que requer um cuidado holístico.

Como chamar tais atos, senão de violência obstétrica? Mesmo que o governo tenha decidido em maio de 2019 abolir o uso do termo “violência obstétrica” em notas técnicas e textos oficiais, notamos a partir dos estudos que o uso e afirmação do termo é também uma forma de (des) institucionalizar à violência obstétrica.

A atuação do enfermeiro na (des) institucionalização da violência obstétrica.

O cotidiano sublinhado pela violência obstétrica nos serviços de saúde carece de ser revisto pelo enfermeiro, principalmente por ser este o profissional herdeiro do conhecimento acumulado pelas parteiras e por ser um conhecimento predominantemente feminino na nossa história (FIGUEIREDO e TREVISANI, 2019).

Assim, como o enfermeiro pode estar implicado com o processo de humanização do parto?

Os estudos deram algumas pistas, como por exemplo: dar acolhimento adequado à gestante quando ela chegar a unidade; traçar um plano de parto humanizado voltado para as necessidades e os desejos dessa mulher; ter conhecimentos éticos e legais, pois é de suma importância que o profissional de enfermagem saiba de seus deveres e a mulher saiba de seus direitos para que ela possa identificar algum tipo de violência; o profissional de enfermagem também deve proporcionar um ambiente agradável que traga conforto na hora do parto. Além disso, o profissional de enfermagem, deve olhar a parturiente como um todo prezando sempre por sua essência humana, respeitando suas emoções e dores do parto; e principalmente, não cometer nenhum tipo de violência. (MOURA,2018)

Destarte, é importante ressaltar que a (des) institucionalização da violência obstétrica perpassa pela formação desses profissionais de enfermagem, pela Educação Permanente em Saúde (EPS) como transformadora das práticas e principalmente pela melhoria na qualidade da assistência. Temas como, direitos sexuais e reprodutivos das mulheres; relações de gênero; código de ética profissional; assistência fisiológica ao trabalho de parto/parto, humanização da assistência devem fazer parte da discussão. Assim, a medida que a formação do trabalhador de enfermagem se apropria das fundamentações da EPS, o enfermeiro e sua equipe se tornam capazes de problematizar suas ações de maneira crítica e assim, podem se implicar mais com o cuidado e reduzir as

chances de produzirem um trabalho violento. Isso seria importante pois muitos profissionais não reconhecem atos típicos de violência, e nem se reconhecem capazes de cometê-los. Contudo, ao refletir esses papéis, eles conseguem enxergar nos próprios atendimentos, condutas inadequadas e intervenções desnecessárias que causam violência obstétrica, uma vez que, “o profissional de saúde tem dificuldade de se identificar como o causador de VO transvestindo a prática violenta em atos naturais, justificáveis e necessários, que seriam realizados para o “bem” das pacientes e de seus bebês, o que legitima suas ações” (MODENA, 2018, p.9).

Destacamos ainda o papel do enfermeiro deve firmar-se na educação em saúde das mulheres ainda no período de gestação sobre os seus direitos sexuais e reprodutivos uma vez que o desconhecimento da mulher em relação a esses direitos favorece uma postura passiva diante da violência obstétrica. Faz-se necessário ainda construir ações voltadas para a criação de canais de denúncia dos diferentes atores envolvidos na assistência a mulher. (JARDIM, 2018)

A título de informação, diferente da Argentina e da Venezuela, o Brasil não possui uma lei específica sobre a violência obstétrica. Entretanto, existem projetos de lei sobre os serviços de atenção obstétrica tramitando tanto em âmbito federal como em âmbito estadual. Atualmente, tramita na Câmara dos Deputados o Projeto de Lei n. 7633/14, proposto pelo deputado Jean Wyllys, que dispõe sobre a humanização e a assistência à mulher e ao neonato durante o ciclo-puerperal. O Projeto de Lei 7633/14 foi estruturado em três partes: Título I - Das diretrizes e dos princípios inerentes aos direitos da mulher durante a gestação, pré-parto, parto e puerpério; Título II - Da erradicação da violência obstétrica; e, Título III – Do controle dos índices de cesarianas e das boas práticas obstétricas. O Projeto de Lei inicia-se definindo o alcance do tratamento humanizado ao dispor que: “Art. 1º - Toda gestante tem direito à assistência humanizada durante a gestação, pré-parto, parto e puerpério, incluindo-se o abortamento, seja este espontâneo ou provocado, na rede de atendimento do Sistema Único de Saúde (SUS) e em estabelecimento privado de saúde suplementar.”

Iniciativas como essas são ações macropolíticas que podem reverberar em direitos e acesso as mulheres a um atendimento de qualidade impulsionando os trabalhadores e serviços de saúde a se implicarem com ações para prevenir e combater abusos e maus-tratos durante o parto, tornando-o humanizado.

Quando falamos “parto humanizado”, ficamos com um questionamento: quando o parto de mulheres deixou de ser humanizado? Mulheres são seres humanos, então, por que precisamos humanizar algo que deve ser natural? A resposta a tal questão pode e deve partir dos enfermeiros, quando estes se tornarem implicados com o cuidado e partirem para o movimento de (des) institucionalização da violência obstétrica em suas próprias práticas profissionais.

É consenso nos estudos analisados a necessidade de outro olhar do enfermeiro para a problemática da violência obstétrica, bem como a invenção de modos de cuidado mais acolhedores a fim de evitar condutas inapropriadas no atendimento as mulheres. Faz-se necessário, portanto, que as violências sejam primeiramente reconhecidas e depois combatidas.

CONCLUSÃO

Os resultados mostraram a necessidade de discutir o tema violência obstétrica a partir da implicação profissional com a (des) institucionalização de práticas que geram violação dos direitos humanos.

Considerando que a pergunta de pesquisa busca saber quais os tipos de violência obstétrica estão institucionalizados nos serviços de saúde por meio das práticas

profissionais e quais as implicações do enfermeiro na humanização do parto, o estudo permitiu constatar que a violência obstétrica é um tema velado por profissionais, mas sentido e percebido pelas mulheres na vivência do parto, seja no campo físico ou no psicológico. Diante disso, é necessário que ações concretas sejam estabelecidas pelo enfermeiro de modo a evidenciar e fazer falar as instituições. Nesse sentido, a EPS pode ser uma estratégia propositiva de formação para que trabalhadores se reconheçam e que criem juntos estratégias de prevenção e enfrentamento da violência obstétrica. Por outro lado, deve-se fazer uma aposta na educação em saúde das gestantes de modo a instrumentalizá-las para conhecerem seus direitos sexuais e reprodutivos.

Diante de tais resultados, espera-se que o estudo venha contribuir para oferecer subsídios teóricos para futuros acadêmicos de enfermagem sobre o cuidado a mulher que sofre violência obstétrica e a importância de um acolhimento pautado no trabalho vivo e em outras possibilidades de cuidado além dos protocolares. E por fim, que este estudo estimule os enfermeiros a desenvolver uma visão ampliada sobre a criação de modos de cuidados mais éticos, singulares e humanos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALEXANDRIA *et. al.* **Violência obstétrica na perspectiva dos profissionais de enfermagem envolvidos na assistência ao parto.** *Cult. cuid* ; 23(53): 119-128, ene.-abr. 2019. Disponível em: <https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/91758/1/CultCuid_53-119-128.pdf>. Acesso em: 22 dez.2020.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo.** Lisboa: Edições 70, 2009.

BATALHA, Elisa. "O nome é violência obstétrica". In: *Revista Radis. ENSP*, nº 201, junho de 2019.

CARNIEL *et. al.* **Episiotomia de rotina: necessidade versus violência obstétrica.** *J. nurs. health.* 2019;9(2):e199204. Disponível em: <<https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/12/1047273/9.pdf>>. Acesso em 26 dez. 2020.

ESCOLA DA DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Violência obstétrica: Você sabe o que é?** 2013. Disponível em: <http://www.defensoria.sp.gov.br/dpesp/repositorio/41/violencia%20obstetrica.pdf> >. Acesso em 31 mar. 2020.

FIGUEIREDO, Eluana Borges Leitão de; TREVISANI, Krysthall. (Org.). **A história da enfermagem em correspondências: entre fatos e versões.** Rio de Janeiro: Quicelê Publicações Artesanais; 2019.

FIGUEIREDO, Eluana Borges Leitão de; GOUVEA, Mônica Vilella; SILVA, Ana Lúcia Abrahão da. Educação Permanente em Saúde e Manoel de Barros: uma Aproximação Desformativa. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro , v. 40, n. 3, p. 324-331, Sept. 2016 . Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022016000300324&lng=en&nrm=iso . Acesso em 08 Jan. 2021.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 6ª ed. São Paulo: Atlas, 2017.

INAGAKI *et.al.* **Fatores associados à humanização da assistência em uma maternidade pública.** *Revista de Enfermagem da UFPE OnLine.* 2018. Disponível

em:<<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/231395/29464>>.
Acesso em: 20 de dez. 2020.

JARDIM, Danúbia Mariane Barbosa; MODENA, Celina Maria. A violência obstétrica no cotidiano assistencial e suas características. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 26, e3069, 2018. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692018000100613&lng=en&nrm=iso. Acesso em 08 de janeiro de 2021. Epub 29 de novembro de 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2450.3069>.

LEAL, Maria do Carmo. Nascer no Brasil: números excessivos de cesariana- Sumário executivo temático de pesquisa- **Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca-Fundação Oswaldo Cruz**- Disponível em: <<http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/arquivos/anexos/nascerweb.pdf>>. Acesso em: 20 de mai. 2020.

Lima, K.D, Pimentel, C, Lyra, T.M. **Disparidades raciais: Uma análise da violência obstétrica em mulheres negras**. Cien Saude Colet [periódico na internet] (2019/Out). [Citado em 12/01/2021]. Está disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/disparidades-raciais-uma-analise-da-violencia-obstetrica-em-mulheres-negras/17356?id=17356>.

MENEZES *et. al.* **O olhar de residentes em Enfermagem Obstétrica para o contexto da violência obstétrica nas instituições**. Interface (Botucatu) vol.24 Botucatu 2020 Epub Sep 23, 2019. Disponível em:<<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1040191>>. Acesso em: 20 dez. 2020.

MOURA *et. al.* **Cuidados de Enfermagem na Prevenção da Violência Obstétrica**. Enfermagem em Foco 2018 9 (4): 60-65.

NASCIMENTO *et. al.* **Relato de puérperas acerca da violência obstétrica nos serviços públicos**. Revista de Enfermagem da UFPE OnLine 2017. Disponível em:<<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1032446>>. Acesso em 10 nov.2020.

OLIVEIRA *et. al.* **Mulher e parto: significados da violência obstétrica e a abordagem de enfermagem**. 2020. Revista de enfermagem UFPE OnLine. Disponível em:<<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/243996/35217>>. Acesso em 19 dez. 2020.

OLIVEIRA, Mayra de Castro; MERCES, Magno Conceição das. **Percepções sobre violências obstétricas na ótica de puérperas**. Revista de Enfermagem da UFPE OnLine 2017. Disponível em:<<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/23415/19090>>. Acesso em: 14 nov. 2020.

OLIVEIRA *et. al.* **Percepção das Mulheres Sobre Violência Obstétrica**- Revista de Enfermagem Online – Recife (11) 1.40 – 6 de janeiro de 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas**. Genebra: OMS, 2015. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/3/WHO_RHR_15.02_por.pdf?ua=1>.

Acesso em 20 de dez. 2020.

PASCOAL *et. al.* **Violência obstétrica na percepção das puérperas.** Revista Nursing, 2020; 23. Disponível em:<<http://www.revistanursing.com.br/revistas/265/pg138.pdf>>. Acesso em: 19 de dez.2020.

SANTIAGO, Dayse Carvalho; SOUZA, Wanessa Kerlly Silva. **Violência obstétrica: uma análise das consequências.**Revista Científica da FASETE 2017.2. Disponível em:<https://www.unirios.edu.br/revistarios/media/revistas/2017/13/violencia_obstetrica_uma_analise_das_consequencias.pdf>. Acesso em: 20 de dez.2020.

SANTOS, Amália Lúcia Machry; SOUZA, Martha Helena Teixeira de. **Elaboração de novas tecnologias em enfermagem: utilização de uma cartilha para prevenção.**Revista de Enfermagem da UFPE OnLine2017. Disponível:<<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/109105/24335>>. Acesso em: 21 dez.2020.

SCOTT, W. Richard. Institutions and organizations. Thousand Oaks: Sage, 1995

SILVA *et.al.***Violência obstétrica na visão de enfermeiras obstetras.**Rev. RENE ; 15(4): 720-728, 2014-08-28. Disponível em:<<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-749342>>. Acesso em: 30 de out. 2020.

SOUZA *et.al.* 2019. **Violência obstétrica: uma revisão integrativa.** Revista de Enfermagem UERJ. Disponível em: <<https://www.google.com/search?q=Viol%C3%Aancia+obst%C3%A9trica%3A+uma+revis%C3%A3o+integrativa.+Revista+de+Enfermagem+UERJ.&aq=Viol%C3%Aancia+obst%C3%A9trica%3A+uma+revis%C3%A3o+integrativa.+Revista+de+Enfermagem+UERJ.&aqs=chrome.69i59j4&sourceid=chrome&ie=UTF-8#>>>. Acesso em: 19 dez.2020.

Andreia Borges da Silva

Acadêmica de Enfermagem – UNISUAM

Gabriela de Abreu Brito

Acadêmica de Enfermagem – UNISUAM

Júlia da Silva Poiava

Acadêmica de Enfermagem – UNISUAM

Vanessa Nunes Barbosa

Acadêmica de Enfermagem – UNISUAM

Helena Portes Sava de Farias

Docente de Enfermagem - UNISUAM

RESUMO

A comunicação eficaz é um dos instrumentos mais importantes para a aplicação da assistência do enfermeiro ao paciente, contudo esta troca de informações torna-se falha quando o paciente em questão é surdo ou deficiente auditivo. Por isso, o presente trabalho tem como objeto de estudo descrever a importância da capacitação do enfermeiro em Libras na comunicação com esses pacientes cujo objetivo é: Criar um plano de capacitação básica aos enfermeiros na Língua Brasileira de Sinais para obter um atendimento humanizado, qualificado e efetivo. A relevância deste trabalho se deve ao fato de o diálogo ser uma das etapas mais importantes da assistência de enfermagem, a fim de prestar um cuidado que visa o bem-estar dos pacientes, assim o enfermeiro está promovendo a humanização da assistência. A insatisfação dos deficientes auditivos e surdos com relação aos atendimentos na saúde, devido à dificuldade de expressão e compreensão entre os profissionais é algo preocupante e que se pode gerar um tratamento inadequado ou equivocado. A LIBRAS tem um papel muito importante auxiliando na integração desses indivíduos na sociedade. Este trabalho consiste em uma pesquisa qualitativa, descritiva, explicativa com abordagem em um projeto de intervenção, cujos dados foram coletados através de busca em bases de dados virtuais e selecionados com base para uma criação de um projeto de intervenção sobre a capacitação do enfermeiro em Libras.

Descritores: Enfermagem; Deficientes auditivos; Surdez; Assistência em enfermagem.

INTRODUÇÃO

Até o século XV os surdos sofriam preconceitos e discriminações, pois eram considerados pessoas ineducáveis, além de não serem vistos na sociedade, ao ponto de sofrerem perseguição e exclusão por serem diferentes dos demais. Entretanto, após o século XVI, ocorreram algumas mudanças na Europa que mudou todo este conceito (PERLIN, 2004).

Durante o período imperial, D. Pedro II convidou o francês E. Huet (surdo congênito) para vir ao Brasil em 1855. O francês viu que no país existiam muitos surdos e pediu a

autorização de D. Pedro II para fundar a primeira escola de surdos, foi chamado Imperial Instituto dos Surdos-Mudos inaugurado no Rio de Janeiro em 1857, hoje com a denominação de Instituto Nacional de Educação dos Surdos (INES). (ROCHA, 2009).

O deficiente auditivo tem uma dificuldade de ouvir sons e ruídos, podendo ocorrer de forma parcial ou total, já o surdo possui além da dificuldade, uma impossibilidade na capacidade de ouvir. Em ambos os casos, o indivíduo portador dessa deficiência sendo ela congênita (vindo proveniente do parto ou hereditariedade) ou adquirida ao longo dos anos (por meio de doenças ou envelhecimento) eles possuem uma dificuldade na comunicação com a sociedade a qual estão inseridos, por meio da divergência linguística (SILVA, 2014).

Com a chegada da Libras ao Brasil, os surdos podiam ter uma forma de comunicação que pudessem se expressar e ter a sua própria língua. Mas é claro, que existem alguns casos que os deficientes auditivos, principalmente os que tiverem sua audição comprometida ao longo dos anos, são oralistas e podem não usar a libras em si, mas usam a leitura labial para compreender as ideias transmitidas.

Segundo o IBGE 2020, a população brasileira é estimada em 212.006.987 e cerca de 10 milhões dessa população são deficientes auditivas e surdas, isso equivale a mais ou menos 5% da população brasileira.

Pesquisas apontam que há uma grande insatisfação dos Deficientes Auditivos com relação ao atendimento na área da saúde, devido à dificuldade de expressão e compreensão entre os profissionais e os pacientes provocando medo ao paciente. Uma vez que não consegue ser compreendido acerca do que está sentindo, podendo gerar demora no atendimento, assim como uma anamnese e tratamentos inadequados e/ou equivocados (CARDOSO; RODRIGUES; BACHION, 2006).

Nota-se que o paciente surdo para ter a sua saúde preservada precisa de um profissional que o compreenda. Pois ele tem o direito de ser assistido, de forma integral, sendo amparado pela rede de acesso a saúde. Dessa maneira, a comunicação do profissional Enfermeiro precisa ser efetiva e a sua capacitação básica em LIBRAS é imprescindível com esse paciente, visando sua autonomia nos seus cuidados em saúde.

Portanto este estudo tem como questão norteadora: Como capacitar enfermeiros na língua brasileira de sinais?

A fim de atingir a questão norteadora, foi definido o seguinte objetivo: Criar um plano de capacitação básica aos Enfermeiros na língua Brasileira de sinais para obter um atendimento humanizado, qualificado e eficaz.

REFERENCIAL TEÓRICO

Língua Brasileira de Sinais – LIBRAS

A língua brasileira de sinais (LIBRAS) é um meio de comunicação que veio para possibilitar e estimular a compreensão da língua entre surdos e deficientes auditivos com as pessoas em seu redor, a mesma possui uma modalidade gesto visual, utilizando movimentos gestuais e expressões faciais e corporais que são percebidas pela visão, sendo capaz de expressar ideias, pensamentos, e humor usados pela comunidade surda brasileira. A Libras tem um papel muito importante, pois ela auxilia na integração do indivíduo, no seu desenvolvimento e na capacidade de ser compreendido como um todo, o que contribui para sua inclusão na sociedade em qual estão inseridos.

Segundo Pagliuca (2007), LIBRAS não é uma língua de sinais universal, pois cada país tem sua própria maneira de se comunicar, onde possui uma estrutura própria e utilizada por surdos e deficientes auditivos, não sendo apenas gestos, e sinais, mas que possui todo fundamento e estrutura gramatical e isso faz com que possa ser identificada como uma língua onde os sinais são compostos de combinações e gestos das mãos

associados com a expressão facial e corporal.

A língua praticada pelos deficientes auditivos brasileiros pode ser utilizada por qualquer pessoa ou profissional de saúde. Os portadores de deficiência auditiva devem ser compreendidos e vistos pela sociedade como cidadãos comuns com direitos e deveres e que necessitam ser integrados a sociedade.

Conforme Maia, (2016), em 14 de abril de 2002, o Presidente da República Fernando Henrique Cardoso sancionou a lei que reconhece a Língua Brasileira de Sinais como meio legal de comunicação entre surdos. Então, a LIBRAS passa a ser reconhecida por sua forma linguística, composta de todos os elementos pertinentes as línguas orais, como gramática, semântica, sintaxe, entre outros.

Como determina a lei de número 10436/02, os direitos da comunidade surda precisam ser resguardados, assegurando a formação dos profissionais de saúde na adequação da assistência e sua comunicação a esta parcela significativa da população.

Ao longo dos anos a comunicação dos surdos e deficientes auditivos com a sociedade tem tido uma problemática bem significativo devido algumas limitações e dificuldades, principalmente na interação entre Enfermeiro e paciente no âmbito da saúde. Essa interação é de suma importância para obter um atendimento humanizado e preciso, porém, há inúmeras barreiras em um atendimento ou até mesmo na busca de informações devido muitos profissionais não possuir capacidade para tal interação.

A comunicação em questão deverá garantir ao paciente surdo/deficiente auditivo um atendimento de qualidade e que suas queixas sejam atendidas adequadamente pelo profissional de saúde, para que isso ocorra deve-se ser inserido uma educação continuada para os profissionais de saúde com noções gestual básicas de LIBRAS de modo que o paciente se sinta seguro no atendimento.

Educação Continuada com os Profissionais de Enfermagem

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) a Educação Continuada é vista como um processo que inclui as experiências posteriores ao que teve em seu desempenho inicial, que ajudam os profissionais a aprender competências importantes para o seu trabalho que integra atualizações, aquisição de novos saberes após sua formação de origem dentre eles destacam-se treinamento em serviço, educação no trabalho e educação em serviço.

Para Bezerra (2000), evidências mostram o importante papel da educação continuada na mobilização das potencialidades de trabalhadores de enfermagem, pois ao resgatar uma concepção voltada para o desenvolvimento desses profissionais, permite uma melhor compreensão da experiência, da identidade e de seus saberes.

No processo de trabalho do profissional enfermeiro, a educação continuada tem um papel muito importante, pois visa capacitar esses profissionais a realidade e demanda existente, uma vez que se torna esse aprendizado contínuo e de forma sistematizada.

Apesar de ser um item preciso, há tamanha dificuldade, pois, muitos profissionais não o aplicam rotineiramente, tem a tendência de não se aprimorar, deixando isso para depois quando surge a necessidade de ser recolocado no mercado de trabalho, no que dificulta no seu crescimento profissional (MOTTA, 2016).

A capacitação do Enfermeiro em Libras torna-se necessária para que possa atender as necessidades exigentes em seus meios de trabalho. A enfermagem como processo importante em suas formas de cuidar precisa estar atenta a essas questões que incluem ao paciente surdo sua autonomia e integralidade.

METODOLOGIA

Este trabalho consiste em uma pesquisa qualitativa, explicativa com abordagem em um projeto de intervenção.

De acordo com Minayo (1999) pesquisa qualitativa visa descrever e explicar através de experiências que foram desenvolvidas.

Para Gil (2007) pesquisa explicativa, requer que o conhecimento adquirido, seja explicado com o porquê das coisas, como você conseguiu chegar nesse entendimento.

Os dados foram coletados através de buscas em bases de dados virtuais em saúde, especificamente na Biblioteca Virtual de Saúde – Scielo. A pesquisa foi feita em palavras chaves, através dos Descritores em Ciência Saúde DECS: enfermagem e deficientes auditivos, Surdez e assistência em enfermagem.

Para análise de resultados a busca dos artigos foi visando encontrar o maior número de informações possível para o embasamento teórico deste trabalho, foram encontrados ao todo 92 artigos e foram escolhidos apenas três, que foram selecionados com base nos critérios de: ano de publicação, assunto principal e o idioma.

Quadro 01: Artigos Base

Título do artigo	Autores	Revista	Ano de publicação	Resumo
O papel do enfermeiro frente ao paciente surdo.	Islina Sanches, Larissa Pereira, Carlos Henrique, Lays Santos França e Sheyla Vieira.	Revista de Enfermagem UFPE.	2019	Relata experiências vivenciadas por discentes de Enfermagem em uma atividade de extensão que sensibiliza a atuação do enfermeiro com pacientes surdos.
Formação de Profissionais para a atenção a saúde de Deficientes Auditivos.	Verônica Marquete, Luiz Gonzales, Heloá Costa, Elen Ferraz Gabriella Michel e Maria Antônia.	Revista de Enfermagem da UFSM	2018	Feito uma percepção com os acadêmicos da área de saúde sobre sua formação para assistência aos deficientes auditivos.
Enfermagem e os cuidados com pacientes surdos no âmbito hospitalar.	Rayane Pereira, Mayara Cândida e Maria Liz Cunha.	Revisa	2019	Descreve as dificuldades encontradas por profissionais de enfermagem na assistência e comunicação com paciente surdos em unidade hospitalar.

Fonte: As autoras (2020)

PROJETO DE INTERVENÇÃO

O objetivo desse trabalho é capacitar e orientar os Profissionais de Enfermagem com um conhecimento básico em Libras, para que estes consigam se comunicar e atender pessoas que utilizam a língua de sinais e para que assim elas possam ser atendidas e tratadas de maneira correta.

PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Quadro 02 – Proposta de Intervenção

Proposta da intervenção	Apresentação do projeto de intervenção. Apresentação da informação detalhada para a capacitação do Enfermeiro em Libras.
Teórico	Estudo online e treinamento prático.
Detalhamento	Apresentação do formato do projeto de intervenção. Apresentação de imagens ilustrativas como exemplificação para estudo.

Fonte: As autoras (2020)

INTERVENÇÃO

Nesse momento o Enfermeiro, deverá iniciar o estudo de Libras iniciando pelo básico, até atender os específicos no que se refere às principais queixas e seus problemas de saúde, visando dar suporte para a melhoria de seu atendimento a pessoas surdas e deficientes auditivos em seu ambiente de trabalho, o tempo para aprendizado vai variar de acordo com a frequência e a vontade do profissional de estudar. Em média esse profissional precisa de pelo menos 2 horas por dia em duas vezes na semana em um período de seis meses para aprender o básico.

Existem cursos de libras grátis online, que ajudarão nos estudos, porém quase nenhum, mesmo os que são pagos, não possuem o foco no atendimento médico, perante isto realizamos pesquisas nas quais foram encontradas ilustrações para auxílio do Enfermeiro neste atendimento.

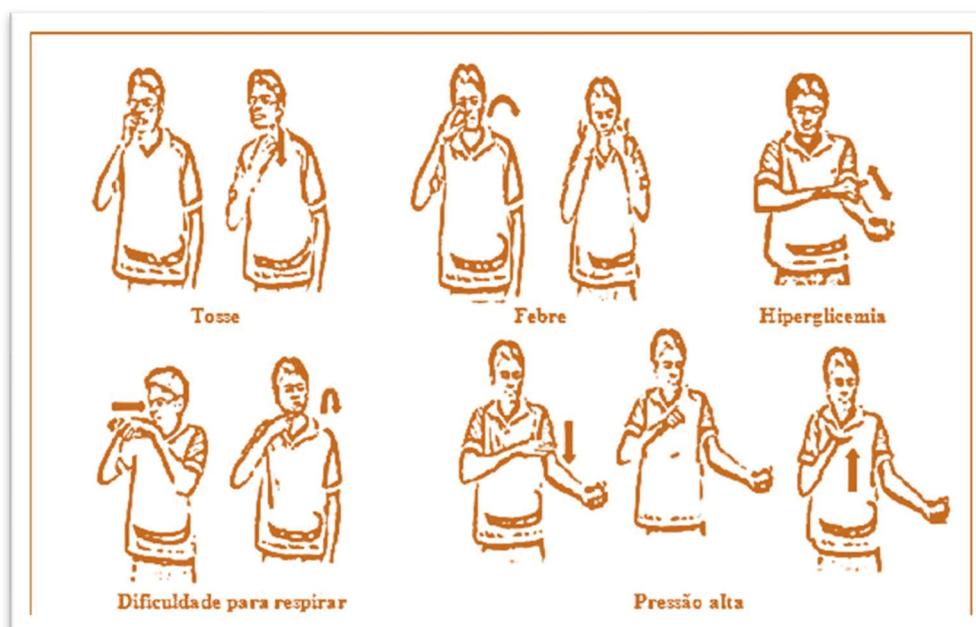
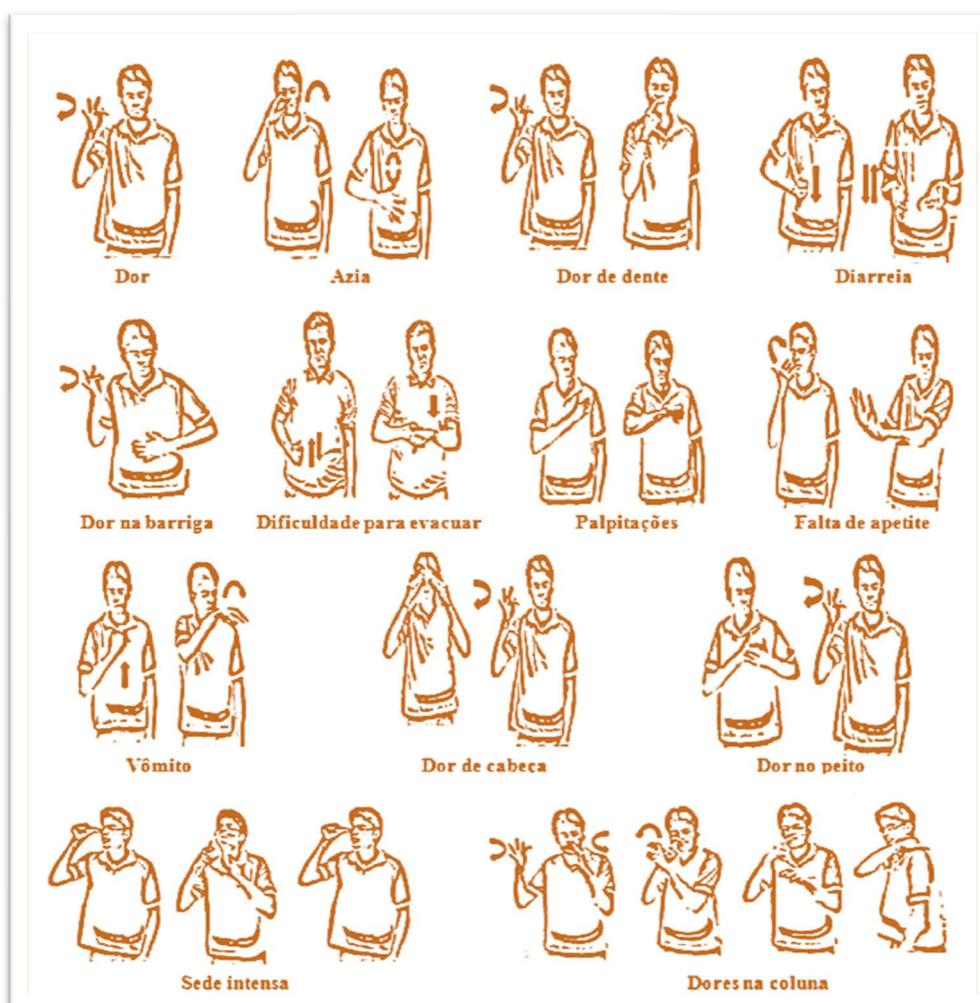


Imagem 1 – Sinais em Libras



Fonte: Rev. Latino-Am. Enfermagem, um estudo da validade de conteúdo de sinais, sintomas e doenças/agravos em saúde expressos em LIBRAS.

Imagem 2 – Sintomas em Libras





Fonte: Rev. Latino-Am. Enfermagem, um estudo da validade de conteúdo de sinais, sintomas e doenças/agravos em saúde expressos em LIBRAS.

Imagem 3 – Doenças em Libras



Fonte: Rev. Latino-Am. Enfermagem, um estudo da validade de conteúdo de sinais, sintomas e doenças/agravos em saúde expressos em LIBRAS.

CONCLUSÃO

Esse projeto colabora para uma reflexão dos profissionais de saúde quanto à dificuldade em atender os pacientes deficientes auditivos e surdos no qual na maioria das vezes não se obtém um atendimento integral, de pleno entendimento e efetivo de modo que eles possam ter um acesso seguro, obtendo assim um vínculo de confiança no atendimento.

Este estudo nos possibilitou a perceber tais dificuldades e elaborar uma proposta onde tem como objetivo geral sensibilizar os profissionais de saúde e sugerir uma capacitação básica em Língua Brasileira de Sinais para prestar um serviço humano, com equidade e integralidade no atendimento.

O projeto é uma pesquisa de caráter qualitativa, que foi realizada com base em dados de artigos publicados, fontes governamentais e revistas científicas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARAGAO, Jamilly da Silva et al. Um estudo da validade de conteúdo de sinais, sintomas e doenças/agravos em saúde expressos em LIBRAS. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 23, n. 6, p. 1014-1023, dic. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692015000601014&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 26 nov. 2020.

CARDOSO, Adriane Helena Alves; RODRIGUES, Karla Gomes and. BACHION, Maria Márcia. Percepção da pessoa com surdez severa e/ou profunda acerca do processo de comunicação durante seu atendimento de saúde. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [online]. 2006, vol.14, n.4, pp.553-560. ISSN 1518-8345. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692006000400013>> Acesso em 18 de set.2020

CRISTIANO, Almir. **O que significa Libras?** Disponível em: <<https://libras.com.br/o-que-significa-libras>> Acesso em: 20 de set. 2020.

DA SILVA, PAULO SERGIO; BASSO, NEUSA APARECIDA DE SOUSA; FERNANDES, SÔNIA REGINA CHAVES MARTINES. A ENFERMAGEM E A UTILIZAÇÃO DA LÍNGUA BRASILEIRA DE SINAIS NO ATENDIMENTO AO DEFICIENTE AUDITIVO. **REVISTA UNINGÁ REVIEW**, [S.l.], v. 17, n. 1, jan. 2014. ISSN 2178-2571. Disponível em: <<http://revista.uninga.br/index.php/uningareviews/article/view/1488>>. Acesso em 18 de set.2020

FERRAZ, F. Educação Permanente/Continuada no Trabalho: um direito e uma necessidade para o desenvolvimento pessoal, profissional e institucional, 2005.

História dos surdos. Disponível em: <<http://mirandalibrassemfronteiras.weebly.com/histoacuteria-dos-surdos.html>> Acesso em: 20 de set. 2020.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. 2020. <<https://www.ibge.gov.br/acesso>> Acesso em 18 de set.2020.

INES. 2019. Disponível em: <<https://libras.com.br/ines>> Acesso em: 20 de set. 2020.

Lei 10.436, de 24 de abril de 2002, que dispõe sobre a Língua Brasileira de Sinais – Libras. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/l10436.htm Acesso: 2 de out.2020.

PAGLIUCA, Lorita Marlena Freitag; ARAGAO, Antônia Eliana de Araújo and ALMEIDA, Paulo César. Acessibilidade e deficiência física: identificação de barreiras arquitetônicas em áreas internas de hospitais de Sobral, Ceará. *Rev. esc. enferm. USP* [online]. 2007, vol.41, n.4, pp.581-588. ISSN 1980-220X. Disponível em <<https://doi.org/10.1590/S0080-62342007000400007>> Acesso em 18 de Set.2020

PERLIN, Gládis T. T. Identidades surdas. Em: SKLIAR, Carlos (org.). A surdez: um olhar sobre as diferenças. 2ª ed. \Porto Alegre: Mediação, 2004.

ROCHA, Solange Maria da. Antíteses, díades, dicotomias no jogo entre memória e apagamento presentes nas narrativas da história da educação de surdos: um olhar para o Instituto Nacional de Educação de Surdos (1856/1961). Tese (Doutorado em Educação) – Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

Pollyana Coelho da Silva Espíndola

Discente do Curso de Enfermagem do Centro Universitário Augusto Motta

Thatiana Afonso Juliace Rodrigues

Discente do Curso de Enfermagem do Centro Universitário Augusto Motta

Alciléa Barbosa de Andrade Sóra

Docente do curso de Enfermagem do Centro Universitário Augusto Motta.

RESUMO

Este trabalho aborda o conceito de educação 4.0 e o uso dos seus instrumentos pelo Enfermeiro na Educação popular em saúde, visando levar conhecimento e informações fidedignas à população de maneira rápida e objetiva tornando assim mais dinâmico o processo de disseminação do conhecimento. Diante desse cenário se faz necessário a adequação dos profissionais ao utilizarem essas plataformas como instrumento para o ensino, desenvolvendo competências e usando de forma racional os recursos disponíveis. A temática conduziu a pesquisa em algumas questões norteadoras: Quais as principais dificuldades identificadas na população no acesso a informação em saúde nas plataformas digitais existentes? Como a educação 4.0 pode ser uma ferramenta utilizada pelo enfermeiro na educação popular em saúde? A educação 4.0 mostra-se como um excelente meio de propagar conhecimento e educar em saúde, esbarra-se, porém, nas limitações impostas na maioria dos casos, pelas desigualdades sociais, como por exemplo acesso à tecnologia

Descritores: Educação 4.0; Educação popular em saúde; ações do enfermeiro

INTRODUÇÃO

A educação em saúde é definida como o conjunto de atividades que por influência do conhecimento sofrem modificações em prol da melhoria da qualidade de vida e da saúde do indivíduo (Marcondes apud Santos, 1988), o Ministério da saúde define que a educação popular em saúde é uma prática voltada para promoção, a proteção e a recuperação de saúde, utilizando os saberes populares, a ancestralidade dialogando com a diversidade de saberes, produzindo conhecimento, ressignificando saberes e práticas.(BRASIL, 2017)

O profissional enfermeiro têm como princípios fundamentais previstos no código de ética dos profissionais de enfermagem o compromisso com a gestão de cuidados em diferentes contextos socioambientais e culturais de acordo com a necessidades das pessoas, família e comunidade, o cuidado prestado pelo profissional enfermeiro baseiam-se no conhecimento próprio da profissão, nas ciências humanas, sociais e aplicadas é executada pelos profissionais na prática cotidiana de assistir, gerenciar, ensinar, educar e pesquisar. (COFEN, 2017)

A educação 4.0 está inserida em um contexto que é chamada Quarta Revolução

Industrial ou Indústria 4.0, onde prevalece a inteligência artificial e a internet tornando mais dinâmicos os processos. Diante desse cenário se faz necessário a adequação dos profissionais ao utilizarem essas plataformas como instrumento para o ensino, desenvolvendo competências e usando de forma racional os recursos disponíveis. (Silva, 2018).

Mediante a era digital em que vivemos tem-se observado cada dia mais a procura por informações rápidas e que acompanhe praticamente em tempo real os acontecimentos no mundo. Hoje podemos perceber cada vez mais a busca por orientações no campo da saúde, pela população, porém deve-se refletir: até que ponto essas informações e orientações estão de fato corretas e poderão ajudar esta população que anseia por conhecimento.

Visto os atuais acontecimentos e evolução digital, a educação 4.0 tem se mostrado um verdadeiro avanço quando a questão é a disseminação do conhecimento em massa. Por meio deste modelo a educação popular em saúde pode encontrar êxito através do conhecimento técnico e científico do enfermeiro através de ferramentas tecnológicas em plataformas digitais, voltados para a educação popular em saúde, levando informações e conhecimentos fidedignos.

Diante disto, com o intuito de responder as inquietações acadêmicas e a importância desta ferramenta de ensino definiu-se como **questões norteadoras**: O que envolve o conceito da educação 4.0? Quais as principais dificuldades identificadas na população no acesso a informação em saúde nas plataformas digitais existentes? Como a educação 4.0 pode ser uma ferramenta utilizada pelo enfermeiro na educação popular em saúde?

Visando responder os questionamentos supracitados tem-se como **objetivos**: discutir o conceito da educação 4.0; descrever as principais dificuldades identificadas na população no acesso a informação em saúde nas plataformas digitais existente e analisar como a educação 4.0 pode ser uma ferramenta utilizada pelo enfermeiro, na educação popular em saúde.

Apesar da internet fazer parte diariamente da vida da maioria das pessoas, ainda se encontra significativa dificuldade no manuseio das mais diversificadas plataformas digitais, para o uso em educação popular em saúde. Mediante isso, a **justificativa** da pesquisa se dá pelo atual panorama, a era digital, onde a disseminação de informações são cada vez mais rápidas e os processos são cada vez mais dinâmicos.

A **relevância** na abordagem do tema sugerido para este estudo é a necessidade de buscarmos instrumentos para educação popular em saúde compartilhando conhecimento e disseminando-o da maneira mais rápida, eficaz e com o maior alcance possível

METODOLOGIA

O estudo é uma revisão bibliográfica com abordagem qualitativa de natureza descritiva. As buscas por material foram realizadas na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), Scientific Library Online (SCIELO) e Google acadêmico em forma de artigos e publicações em revistas com os descritores: Educação em Saúde; educação 4,0; mídias digitais, enfermagem educação 4.0. Como critérios de inclusão utilizamos: textos completos, idioma em português, corte temporal a partir de 2015 a 2020. Como critérios de exclusão, artigos duplicados nas bases de dados, teses, dissertações, resumos de outros idiomas, fora da temática em questão e fora do corte temporal.

REFERENCIAL TEÓRICO

O CONCEITO DE EDUCAÇÃO 4.0.

Com o objetivo de discutir o conceito de educação 4.0 é necessário a sua contextualização.

A educação do século XXI passa por transformações influenciada pela quarta revolução industrial, influenciando diretamente na maneira de pensar, agir e se relacionar com as pessoas. A educação se transformou acompanhando mudanças no contexto econômico, político e social. (FÜHR, 2018)

A educação 4.0 pode ser definida como uma plataforma comum de ensino aprendizagem onde educador e educando ocupam um lugar de construção mútua mediados por instrumentos de comunicação, onde as informações encontram-se em rede, acessível a todos sem limitação de tempo ou espaço geográfico. O educador torna-se um mediador dessas múltiplas informações, acessíveis pelas tecnologias de informação e comunicação (TICs) junto ao educando, transformando informações em conhecimento e posteriormente em sabedoria. Nesse ciberespaço, o educando torna-se protagonista do seu conhecimento mediante a construções que possibilitem desenvolver competências e habilidades para corresponder a sociedade 4.0 (FÜHR, 2018).

Os ambientes de construção da aprendizagem devem oferecer aos estudantes ambientes de pesquisa ciber. arquitetônicos e colaborativos, conectados na rede das redes para que possam gerenciar as informações criticamente, elaborar, planejar, compartilhar e atuar em grupos para ressignificar o conhecimento, através da cultura maker (FUHR, 2018).

ACESSO A INFORMAÇÕES SOBRE SAÚDE PELA POPULAÇÃO.

Com o intuito de descrever as principais dificuldades encontradas pela população no acesso as informações em saúde nas plataformas digitais existentes, abordaremos alguns grupos específicos e suas características, assim como, terminologias utilizadas para caracterizar a população: imigrantes digitais e nativos digitais.

A partir do conceito de Nativos Digitais, adotado por Palfrey e Gasser (2011) que diz ser todos aqueles nascidos após 1980 e que receberam estímulos modais diferentes das gerações anteriores, além de adquirirem habilidades para usar novas tecnologias digitais. Eles se relacionam com pessoas de forma diferente e atravessada por essa hiperconectividade. Há também os imigrantes digitais. São estes os que não se enquadram nesse grupo (nascidos em gerações anteriores) e precisam passar por um processo de imersão nestas novas linguagens e interação com os nativos digitais, além de passarem por um processo de apropriação desses novos conceitos tecnológicos. (PALFREY; GASSER, 2011 apud VARGAS, 2013, p.16)

Outro aspecto de grande relevância são as diferenças socioeconômicas que têm impacto no acesso a educação, comprometendo a capacidade de assimilação de conteúdos oferecidos, assim como o acesso a internet e mídias digitais.

Segundo dados obtidos através da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD) pelo IBGE, no ano de 2017, dos 17.687 mil domicílios do País em que não havia utilização da Internet, 28,7% da população investigada não possuía acesso a internet por considerar caro o serviço de acesso, outro fator influenciador foi a localidade residencial, que detectou ausência de internet em 1,2% dos domicílios em área urbana e em 21,3% na área rural. (IBGE, 2017)

A partir dessas informações podemos perceber que para intervir nas dificuldades encontradas para garantir acesso a população, não se trata apenas do esforço dos

profissionais, tanto os que trabalham na elaboração de TICs tornando-as acessíveis a população como os que utilizam-se dessas plataformas para difusão de informação e ambiente de interação, mas de políticas públicas que diminuam as desigualdades sociais.

EDUCAÇÃO 4.0 COMO FERRAMENTA PARA O ENFERMEIRO PARA EDUCAÇÃO EM SAÚDE.

Para conseguirmos analisar como a educação 4.0 pode ser uma ferramenta para o enfermeiro na educação popular em Saúde, precisamos compreender quais são as atribuições do enfermeiro nesse contexto.

De acordo com o código de ética profissional, o enfermeiro tem como princípios fundamentais da profissão, compromisso a produção e gestão do cuidado em diferentes contextos sociais, ambientais e culturais, em resposta às necessidades do indivíduo, família e comunidade. O cuidado da enfermagem se baseia no conhecimento próprio da profissão, nas ciências humanas, sociais e aplicadas, sendo executado pelos profissionais em sua prática de assistir, gerenciar, educar e pesquisar. (COREN,2017 pág.60,61)

Relacionado aos direitos de uso de instrumentos para o exercício da sua profissão o artigo 19 do código de ética profissional:

Art. 19. Utilizar-se de veículos de comunicação, meios eletrônicos para conceder entrevistas, ministrar cursos, palestras, conferências, sobre assuntos de sua competência e ou divulgar eventos com finalidade educativa e de interesse social. (COREN, 2017).

A partir desses preceitos fica claro a responsabilidade do profissional enfermeiro no engajamento as ações voltadas para educação em Saúde utilizando as ferramentas disponíveis que se mostrem adequadas e eficientes, cabe ao enfermeiro apropriar-se dos instrumentos disponíveis, buscando dominá-los.

A educação 4.0 é uma ferramenta de ensino/aprendizagem que deve ser levada em consideração na prática da educação em Saúde uma vez que ela representa uma adequação as necessidades impostas pela transformação da nossa sociedade.

Diante disso, Noddings (2012) propõe quatro estratégias para que a instituição de ensino seja um ambiente onde os educandos se sintam amados e aprendam a amar: 1- o educador, enquanto curador/orquestrador do conteúdo, ser testemunho de relações de cuidado com seus estudantes; 2- incentivar o diálogo aberto e honesto; 3- instigar a confiança e as expectativas dos estudantes que estão na busca sincera de si mesmos; 4- celebrar a prática da pedagogia do cuidado para com os outros.

CONCLUSÃO

A educação 4.0 mostra-se como um excelente meio de propagar conhecimento e educar em saúde, esbarra-se, porém, nas limitações impostas na maioria dos casos, pelas desigualdades sociais, como por exemplo acesso a tecnologia. Logo, podemos concluir que além do enfermeiro adequar-se as novas possibilidades e recursos, políticas públicas precisam acompanhar esse processo para garantir acesso universal a saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL, Ministério da Saúde. **Educação Popular em saúde**. Brasília. DF, 2017 Disponível em:

<<https://www.saude.gov.br/participacao-e-controle-social/gestao-participativa-em-saude/educacao-popular-em-saude>>. Acesso em: 21/03/2020.

BRASIL, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa nacional por amostra de domicílios : acesso à internet e posse de telefone móvel celular para uso pessoal** - IBGE- Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101631_informativo.pdf>. Acesso em: 25/04/2020.

BRASIL, COREN, 2018. **Código de Ética e Principais Legislações para o exercício da Enfermagem** – COREN – São Paulo, 2018.

COELHO, Patrícia Margarida Farias. **"Os nativos digitais e as novas competências tecnológicas."** *Texto livre: Linguagem e tecnologia* 5.2 (2012): 88-95. Disponível em: <<http://www.periodicos.letras.ufmg.br/index.php/textolivres/article/view/2049> >. Acesso em: 10/03/2020

FÜHR, Regina Cândida. **Dilúvio Digital e seus impactos na educação 4.0 e indústria 4.0** -Investigação em Governança Universitária: Memórias 188, 37-54, 2018 Disponível em: <https://scholar.google.com.br/scholar?hl=ptBR&as_sdt=0%2C5&q=+educa%C3%A7%C3%A3o+4.0&oq=#d=gs_qabs&u=%2>. Acesso em: 25/03/2020

FÜHR, Regina Cândida. **Educação 4.0 e seus impactos no século XXI.V Congresso Nacional em Educação**, 2018. Disponível em : <http://www.editorarealize.com.br/revistas/conedu/trabalhos/TRABALHO_EV117_MD4_SA19_ID5295_31082018230201.pdf>. Acesso em: 15/04/2020

NODDINGS, N. **Phylosophy of education**. Boulder: Westveiw, 2012.

SILVA, Marcio Roque dos Santos da. **Tecnologias digitais associadas à Indústria 4.0 na formação profissional : um estudo de caso no CCET/UFS**. São Cristóvão, SE, 2018. Monografia (graduação em Administração) – Departamento de Administração, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Universidade Federal de Sergipe, São Cristóvão, 2018. Disponível em: <<http://ri.ufs.br/jspui/handle/riufs/10502>>. Acesso em: 25/04/2020

SILVA, R. D. **Nativos e Imigrantes Digitais no Contexto Educacional**. Curso de Especialização Fundamentos da Educação. Universidade Estadual da Paraíba, João Pessoa. 2014. Disponível em: <<http://dspace.bc.uepb.edu.br/jspui/bitstream/123456789/9711/1/PDF%20-%20Rosa%20Danielle%20de%20Santana%20Silva.pdf> >. Acesso em: 15/03/2020

Jéssica Alves Machado

Discente do Curso de Enfermagem do Centro Universitário Augusto Motta

Amanda Paixão Chipoleschi

Discente do Curso de Enfermagem do Centro Universitário Augusto Motta

Èvelyn Alves da Silva

Discente do Curso de Enfermagem do Centro Universitário Augusto Motta

Marcielle da Cunha

Discente do Curso de Enfermagem do Centro Universitário Augusto Motta

Helena Portes Sava de Farias

Docente do curso de Enfermagem do Centro Universitário Augusto Motta

RESUMO

O parto é considerado uma vivência com muitos significados, construídos a partir da singularidade e cultura de cada mulher. O processo da parturição sofreu muitas transformações do século passado até os dias atuais com a evolução da medicina e programas direcionados para a qualidade de vida da mulher. Desta forma, foram desenvolvidas estratégias que buscam ofertar atenção humanizada por meio de boas práticas ao parto e nascimento [1][5]. Assim este estudo busca descrever a importância da humanização da assistência de enfermagem no parto cesariano, visto que o índice de cesariana vem crescendo a cada ano tornando um dos procedimentos cirúrgicos mais conhecidos e executados na atualidade fazendo com que a temática da humanização na assistência ao parto cesárea se mostra relevante.[2] A pesquisa foi realizada por meio de revisão bibliográfica de caráter descritiva nas bases de dados com os descritores Parto humanizado; cesárea; perioperatório; assistência de enfermagem no qual foram selecionados 7 artigos. Muito se tem discutido sobre humanização do parto e nascimento, mas pouco se tem feito para sua real implementação nos hospitais e maternidades do país principalmente quando falamos da humanização da mulher submetida a cesárea deixando muitas mulheres insatisfeitas com seus partos. A autonomia da mulher defendida nos programas deve ser garantida nos partos cesáreos, dando direito a mulher de não ficar amarrada o tempo todo, contato com o recém-nascido na primeira hora de vida, amamentação precoce, de expressar seus sentimentos, receber todas as informações possíveis, ter um ambiente no momento do parto tranquilo centrado nas necessidades da mulher entre outros.[3].[4] A pretensão é contribuir com a sensibilização de profissionais de saúde que assistem a mulher submetida a cesárea fazendo com que o mesmo possa analisar criticamente o seu trabalho, os cuidados que prestam aos seus clientes e o que podem fazer para melhorar e tornar mais humanizada essa assistência.

Descritores: Parto humanizado; Cesárea; Perioperatório; Assistência de enfermagem

INTRODUÇÃO

O momento que compreende a gestação e o parto é um período único e especial na vida da mulher, no qual o parto confunde-se muitas vezes com incertezas, medos e inseguranças. No Brasil, em 2013, a cesárea representou 55% dos nascimentos, sendo eles 86% no setor privado e 46% no público (MS/SVS/DASIS, 2013), bem distante dos 15% recomendados pela Organização Mundial da Saúde e até hoje essas taxas continuam altas. A cesariana é uma intervenção invasiva cirúrgica que atende a diferentes necessidades e gera significados que vão além do ato terapêutico.

Segundo Brasil (2005) a atenção obstétrica e neonatal, prestada pelos serviços de saúde, deve ter como principais características a qualidade e a humanização. É dever dos serviços e profissionais de saúde acolher com dignidade a mulher e o recém-nascido, evidenciando-os como sujeitos de direitos. E ainda um dos elementos do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento é o direito de livre escolha da via de parto, que deverá ser respeitado, especialmente, quando estas forem devidamente orientadas e acompanhadas durante todo o processo de gestação e parto (BRASIL, 2002). Porém, não é o que é visto nos serviços de saúde, principalmente quando a via de parto “escolhida” é o cesáreo.

Em 1984, o Ministério da Saúde instituiu o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) com a finalidade de adotar uma nova perspectiva de atendimento e oferecer às mulheres uma assistência mais humanizada em todos os níveis de atenção. Porém, apesar do PAISM ser um marco para a assistência da parturiente, as mulheres que optam ou que precisam do parto cesáreo ainda ficam excluídas dessa assistência humanizada.

Esse contexto levou a autora a questionar a eficácia da humanização do parto na sua integralidade e a falta de conhecimento pelos profissionais de saúde das ações para uma cesárea humanizada, além da ausência de programas que enfatize os cuidados de enfermagem quando a escolha em conjunto com o profissional médico é o parto por via abdominal. Inúmeras inseguranças acompanham a parturiente quando a humanização da sua assistência não acontece além da supressão dos seus direitos de um cuidado holístico.

A pesquisa foi motivada a partir da experiência da autora em seu momento do ciclo gravídico onde não recebeu nenhum tipo de orientação/ cuidado na ocasião do seu parto cesáreo. Além de nenhum contato com a equipe de enfermagem no momento pré-cesariana para o diálogo de suas necessidades e desejos. Assim como no centro cirúrgico também não houve nenhum tipo de acolhimento por parte da equipe de saúde, sendo um evento somente cirúrgico.

A partir da experiência da autora estabeleceu-se como questão norteadora: Como realizar o parto cesáreo humanizado na assistência de enfermagem?

Assim o estudo tem como objetivo discutir a importância da empatia com a mulher que escolhe ou necessita do parto cesariano e descrever os desafios que a equipe de enfermagem encontra para prestar uma assistência humanizada a essa mulher.

REFERENCIAL TEÓRICO

PARTO CESÁREO

Cesariana ou parto cesáreo se estabelece através de uma incisão na parede abdominal (laparotomia) e na parede uterina (histerotomia) de onde é retirado o feto. Em geral, a cesariana é realizada quando o trabalho de parto está contra-indicado ou, quando ocorre parada da progressão do parto, para prevenir o desenvolvimento de morbidade fetal e/ou materna (ANS, 2008).

No Brasil, de 1996 a 2018, 38.919 óbitos maternos foram registrados, sendo aproximadamente 67% por causas obstétricas diretas. Ou seja, complicações durante gravidez, parto ou puerpério devido à intervenções, omissões, tratamento incorreto ou a uma cadeia de eventos resultantes de qualquer dessas causas e 29% das mortes por causas obstétricas indiretas resultante de doenças pré-existente à gestação ou que se desenvolveram durante esse período, não provocadas por causas obstétricas diretas, mas agravadas pelos efeitos fisiológicos da gravidez (FIOCRUZ, 2020).

Como possíveis explicações para esse crescimento no Brasil descreveram fatores associados à mulher (medo da dor, busca da integridade vaginal e crenças de que o parto vaginal é mais arriscado para o feto do que uma cesárea), organização da atenção obstétrica (conveniência e segurança do médico) e fatores institucionais e legais (FAÜNDES, 1991)

Mabuchi e Fustinoni (2008) declaram em seus estudos que a cesárea tem papel de suma importância na obstetrícia moderna. Os próprios profissionais de saúde consideram que quando bem recomendado e sistematizado o parto cesáreo é uma forma de humanizar a assistência à parturiente.

A resolução CFM nº 2.144/2016, estabelece que é direito da gestante, nas situações eletivas, optar pela realização de cesariana, garantida por sua autonomia, desde que tenha recebido todas as informações de forma pormenorizada sobre o parto vaginal e cesariana, seus respectivos benefícios e riscos (CFM, 2016).

O Comitê de Ética do Colégio Americano de Ginecologistas e Obstetras (ACOG), orienta que se deve respeitar a autonomia da mulher e o poder de escolha da via de parto, mesmo que a gestação seja de baixo risco, respeitando que a idade gestacional esteja entre 39 a 40 semanas, e que seja obtido um termo de consentimento livre e esclarecido sobre os riscos e benefícios do processo cirúrgico (BORGES, 2016)

Velho et al (2012) relata que mulheres que consideram a melhor forma de nascimento por via cesariana estão associadas com: ausência das dores de trabalho de parto, evitar o medo do parto, ser um procedimento mais rápido, a possibilidade de realizar uma laqueadura, salvar a vida do bebê, possuir informações e ter controle sobre o evento, ser uma experiência agradável e desfrutar com segurança da criança. Em dois estudos foram encontrados altos níveis de satisfação materna com seus cuidados, durante a cesárea.

O processo de parturição negociada e dialogada entre os profissionais de saúde e a gestante garantem uma assistência humanizada, compreendendo um contexto passível de modificações com relações horizontais e éticas.

De acordo com Rezende e Montenegro (2013), existem alguns casos em que a cesariana é indicada como casos de placenta prévia, sofrimento fetal agudo, prolapso de cordão e prematuridade, além de apresentação pélvica, gestação gemelar, macrossomia fetal, apresentações anômalas, descolamento prematuro de placenta, malformações congênitas, herpes genital, infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), cesarianas prévias e desproporção céfalo-pélvica.

Observa-se hoje que o nascimento por parto cesáreo tem sido a necessidade de muitas gestantes, tal procedimento cirúrgico diminui os riscos de morte tanto para mãe quando para o recém-nascido e tem sido a escolha de muitas delas por vários fatores discutidos pela sociedade e pesquisadores, a chamada cesariana eletiva. A partir desse contexto realizar cuidados voltados não apenas para o parto em si, mas, também, para as necessidades da parturiente é indispensável para a melhoria da assistência

HUMANIZAÇÃO

A busca pela humanização da assistência assim como a melhoria das condições do parto e do nascimento tem sido marcante na construção de uma assistência qualificada.

Durante anos várias ações e programas foram propostos pelo Ministério da Saúde voltados para o movimento da 'humanização'. Dentre elas PNHAH (Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar), a instauração do procedimento de Carta ao Usuário (1999), Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares (PNASH – 1999); Programa de Acreditação Hospitalar (2001); Programa Centros Colaboradores para a Qualidade e Assistência Hospitalar (2000); Programa de Modernização Gerencial dos Grandes Estabelecimentos de Saúde (1999); Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (2000); Norma de Atenção Humanizada de Recém-Nascido de Baixo Peso – Método Canguru (2000), Política Nacional de Humanização (PNH -2003), Rede cegonha (2011), entre outros.

Ainda que a palavra 'humanização' não apareça em todos os programas e ações e que haja diferentes intenções e focos entre eles é possível acompanhar a relação que é estabelecida entre humanização e qualidade na atenção-satisfação do usuário.

Brasil (2003) conceitua a Política Nacional de Humanização (PNH) como:

A PNH estimula a comunicação entre gestores, trabalhadores e usuários para construir processos coletivos de enfrentamento de relações de poder, trabalho e afeto que muitas vezes produzem atitudes e práticas desumanizadoras que inibem a autonomia e a corresponsabilidade dos profissionais de saúde em seu trabalho e dos usuários no cuidado de si. (BRASIL, 2003, p.03).

O processo de humanização do nascimento para Souza et al (2011) é um movimento em que o profissional deve considerar a fisiologia humana do parto, não intervindo desnecessariamente, discernir as perspectivas sociais e culturais da mulher, disponibilizar apoio emocional à sua família, facilitar a formação dos laços afetivos familiares e o vínculo mãe e filho; permitir que a gestante escolha um acompanhante, produzir espaços que possibilitam que a mulher exerça sua autonomia durante todo o parto, empoderar a paciente sobre todos os procedimentos que será submetida, além de respeitar todos os seus direitos de cidadania. Pensando em toda essa necessidade o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento foi instituído pelo Ministério da Saúde através da Portaria/GM no 569, de 1/6/2000 para: “assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania”.

A humanização surge para mostrar aos profissionais de saúde que o paciente não é somente um doente, é um ser humano que tem família, com convívio social, planos, sonhos e sofre com as mudanças de sua rotina pessoal, passa a conviver no âmbito hospitalar onde ele não sabe por quanto tempo permanecerá. (PRISZKULNIK; MAIA, 2009).

Embora a PNH tenha o objetivo da melhoria na assistência, a inclusão das ações preconizadas por ela norteia-se em aspectos voltados à administração, gerenciamento e rotinas, não abordando a qualidade da assistência e nem a transformação do comportamento e da conscientização dos trabalhadores.” (ANDRADE et al, 2017).

A terapêutica segundo Fontana (2010) se torna mais eficiente quando a pessoa é acolhida, ouvida e respeitada pelos profissionais de saúde seguindo os princípios da humanização. Em contrapartida, também é importante que ocorra a humanização das condições de trabalho destes profissionais que ao serem respeitados pela instituição prestam atendimento mais eficiente. Entretanto, contrariando o conceito de ambiência que

norteia o trabalho da PNH: muitas vezes os trabalhadores se deparam com espaços desfavoráveis para o processo de trabalho.

Silva et al (2018) dizem que o processo de trabalho junto a humanização por vezes apresenta ambiguidades entre os direitos que os usuários têm e as condições de trabalho insatisfatórias e insalubres, características observadas em muitos cenários do cuidado. Percebe-se que o excesso de funções administrativas nas equipes de enfermagem, associado ao número reduzido de profissionais prejudicam a assistência tornado-a engessadas e, muitas vezes, centrada em prescrições médicas.

Percebe-se então que o conceito de humanização do parto está relacionado a uma mudança na cultura hospitalar, com a organização de uma assistência realmente voltada para as necessidades das mulheres e suas famílias (DIAS, 2005). Portanto para Silvani (2010, p.20):

A “Humanização” da assistência ao parto tem sido definida por vários autores como um resgate do acompanhamento do trabalho de parto e da assistência ao parto respeitando a fisiologia destes momentos, oferecendo o necessário suporte emocional não só para a mulher, mas também para a família ou para as pessoas que a parturiente escolheu para estarem ao seu lado. Também faz parte deste processo respeitar os desejos da mulher e o seu “plano de parto”, propiciando que estes acontecimentos sejam vivenciados em sua plenitude (SANTOS, 2010, p.20).

A Organização Mundial de Saúde (OMS,1996) aconselha algumas atitudes humanizadora por parte dos profissionais na assistência obstétrica. Entre as atitudes estão:

- Respeitar a vontade da mulher em ter um acompanhante de sua escolha durante o trabalho de parto e o parto;
- Monitorar o bem-estar físico e emocional, durante todo o processo de atendimento;
- Responder as informações e explicações solicitadas;
- Permitir à mulher que ela caminhe durante o período de dilatação e adote a posição que deseja no momento de expulsão;
- Orientar e oferecer métodos de alívio da dor durante o trabalho de parto como massagens, banho morno e outras técnicas de relaxamento;
- Permitir o contato pele a pele entre mãe e criança e o início do aleitamento materno, imediatamente após o nascimento;
- Em relação específica aos serviços: possuir normas de procedimentos e monitorar a evolução do parto pelo partograma, oferecer alojamento conjunto e estimular o aleitamento materno. Conhecer a identidade do profissional;
- Serem informadas pelos profissionais sobre os procedimentos que serão realizados com ela e com seu filho;
- Receber líquidos e alimentos durante o trabalho de parto sem excessos;
- Tomar banhos mornos;
- Ser chamada pelo nome (OMS. 1996)

Teles (2011), Carvalho et al (2012) Silva et al (2020) e inclusive a OMS defendem como ações humanizadoras a utilização de técnicas de massagem e relaxamento, posturas variadas, música, métodos de respiração, técnicas para alívio da dor, realização do parto em casas de partos ou partos domiciliares, incentivo ao banho, posições diferentes, liberdade de movimento entre tantas outras práticas alternativas que favorecem o conforto físico da mulher no período do parto.

A humanização traz grandes benefícios tanto para os profissionais quanto para o paciente e a busca por uma experiência materna positiva na assistência ao parto e o respeito à autonomia da mulher têm sido tendência mundial para a assistência obstétrica.

ASSISTENCIA DE ENFERMAGEM

A assistência de enfermagem tem sido um tema presente nas discussões sobre o processo de trabalho em saúde. Sabe-se que muitas profissões estão pautadas no cuidado,

porém a Enfermagem tem sido mais frequentemente associada a esta temática desde o seu surgimento na sociedade.

Na segunda metade dos anos de 1960, Wanda Horta foi a primeira enfermeira brasileira a falar de teoria de forma profissional. A teoria das necessidades humanas básicas foi fundamentada e elaborada por ela a partir da teoria da motivação humana de Abraham Maslow e na teoria de João Mohana. Wanda Horta propõe aos enfermeiros brasileiros uma assistência de enfermagem sistematizada dando uma nova visão de enfermagem na assistência (TANNURE E PINHEIRO, 2019).

Tannure e Pinheiro (2019) dizem ainda “que para Horta, a assistência de enfermagem se dá com a aplicação do processo de enfermagem, com a finalidade de prestar um conjunto de cuidados e medidas...”

Após Horta, muitas outras teorias foram produzidas estruturando e organizando o conhecimento da enfermagem, proporcionando uma forma de coletar dados, explicar e prever práticas e promover metas e resultados.

O processo de enfermagem elaborado a partir da teoria de Horta é uma forma de aplicar sistematização à prática da profissão. Para Carvalho e Bachion (2017) o processo de enfermagem envolve vários períodos (obtenção de informações biopsicossociais sobre o estado de saúde, identificação de problemas que requerem intervenções de enfermagem, planejamento das intervenções necessárias, implementação e avaliação das ações), com a finalidade de prestar assistência profissional ao paciente, seja ele indivíduo, família ou comunidade, de forma individual e integral para isso requer bases teóricas do campo da Enfermagem e de fora dela.

Souza et al (2013) afirmam que: “Para a equipe de Enfermagem o processo de enfermagem possibilita a elaboração de uma prescrição de Enfermagem com cuidados individualizados, além de viabilizar a melhoria nos registros de Enfermagem e a humanização da assistência”.

O processo de enfermagem e a sistematização da assistência trouxe para enfermagem embasamento técnico-científico, trazendo para o campo prático uma assistência universal e padronizada. Reforçando a importância e necessidade de se planejar o cuidado, a Resolução COFEN nº 272/2002, art. 2º, afirma que:

A implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE deve ocorrer em toda instituição da saúde, pública e privada, o que contribuiu para que as coordenações de enfermagem convocassem os profissionais a repensar o processo e adequar a instituição às normas estabelecidas; ainda existem várias dificuldades para sua execução, que envolvem não apenas a deficiência de recursos, mas a forma como o profissional se apropria do conhecimento (COFEN, 2002)

O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) considera a SAE uma atividade privativa do enfermeiro, a qual utiliza método e estratégia científica das situações de saúde-doença que subsidia as ações de assistência de enfermagem, para que possam contribuir com a promoção e prevenção (COFEN, 2009).

Quando o paciente necessita de uma cirurgia eletiva ou de emergência, diz-se que ele está no período perioperatório, que inclui as fases pré-operatória mediata e imediata, transoperatória, recuperação anestésica e pós-operatória. Em todas essas fases o bem estar do paciente deve ser o objetivo central do enfermeiro que assiste um paciente cirúrgico, que podem possuir um alto nível de stress e sentimentos negativos alterando seu estado emocional (CRISTÓFOLO, 2009)

Para proporcionar assistência integral e individualizada, a Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória (SAEP) deve estar associada ao perioperatório, com envolvimento dos familiares, possibilitando ainda, a identificação dos diagnósticos e a

implementação de um plano de cuidados durante o procedimento cirúrgico em continuidade à assistência iniciada no pré-operatório, garantindo a satisfação das necessidades físicas e emocionais do cliente. É de fundamental importância a sistematização como forma de integração da equipe multidisciplinar com o paciente e à família, com diminuição de suas ansiedades e este passará a se integrar de forma participativa em todo processo.

Prá (2004) relata que um importante momento do cuidado a ser realizado no âmbito da SAEP é a abordagem inicial do paciente, no período pré-operatório. A literatura mostra que a assistência adequada, de forma criteriosa e holística, nesse momento, pode interferir no restabelecimento do indivíduo no período pós-operatório.

A visita pré-operatória de enfermagem é o ponto inicial da SAEP. Esse procedimento é fundamental para o preparo físico e emocional do paciente. Nesta visita, são levantados os dados para o histórico, identificadas as necessidades/problemas, elaborados os diagnósticos de enfermagem e as prescrições para o pré-operatório imediato e transoperatório, que facilitam o atendimento no pós-operatório. A fase seguinte da SAEP é a assistência ao paciente no período transoperatório, ou seja, o período que compreende a recepção do paciente no centro cirúrgico, até o seu encaminhamento para a sala de recuperação pós-anestésica. A última fase da sistematização da assistência de enfermagem perioperatória é o período pós-operatório, e a equipe de enfermagem necessita estar preparada para possíveis complicações que possam ocorrer ao paciente nesse período (BORGES, 2016).

A interação da assistência de enfermagem prestada durante a SAEP propicia ao paciente uma recuperação mais rápida e eficaz, por meio de uma assistência de qualidade, prestada de maneira integral e específica em todos os momentos do período perioperatório, o que certamente influencia o sucesso do tratamento cirúrgico do paciente (GALVÃO et al, 2002).

Quando tratamos um parto de alto risco geralmente o desfecho é um procedimento cirúrgico, a cesariana, que não pode ser realizada pelo enfermeiro porém a assistência de enfermagem no perioperatório é fundamental para estabelecer uma relação de proximidade e confiança e assim favorecer que o parto seja um momento único.

METODOLOGIA

O estudo foi analisado através de uma Revisão Bibliográfica, exploratória e qualitativa com prioritária seleção de artigos originais de 2016 à 2021.

A pesquisa bibliográfica é desenvolvida a partir de material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos (GIL, 2008)

As pesquisas exploratórias segundo Gil (2008) têm como principal finalidade desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias, tendo em vista a formulação de problemas mais precisos ou hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores. Este tipo de pesquisa é realizado especialmente quando o tema escolhido é pouco explorado e torna-se difícil sobre ele formular hipóteses precisas e operacionalizáveis.

O método qualitativo procura tornar visível processos sociais que ainda são pouco conhecidos e que pertencem a grupos particulares, sendo assim, seu objetivo e indicação final são tornar proporcional a construção e revisão de novas abordagens, conceitos e categorias que fazem referência ao fenômeno estudado (MINAYO, 2007).

A pesquisa foi realizada com buscas nas listas de referências das seguintes bases de dados CDC, NEJM, JAMA, Lancet, Cell, BMJ, Nature, Science, Elsevier, Oxford, Wiley, medRxiv disponível no Google Acadêmico. Em busca inicial foram encontrados 584 artigos, após excluir trabalhos anteriores a 2016 e trabalhos em idiomas não acessíveis restaram 224 artigos. De forma criteriosa a partir da leitura dos títulos foram selecionados 7 artigos para o estudo.

Foram utilizados como critério de exclusão: Artigos e obras com publicação anterior a 2016; Artigos em idioma não acessível; Artigos sem o texto completo disponível; Publicações relacionadas a práticas assistenciais ao recém-nascido, discussões sobre parto natural humanizado; artigos com debate intercultural e artigos que se encontram depois da décima página da busca.

Os descritores foram definidos a partir da terminologia em saúde consultada no decs: Parto humanizado; cesárea; perioperatório; assistência de enfermagem.

A análise dos textos será realizada a partir da Análise de Conteúdo de Bardin. O instrumento contempla os seguintes itens: identificação do artigo original, características metodológicas do estudo e, avaliação do rigor metodológico das intervenções aplicadas e dos resultados e recomendações por áreas temáticas por meio de categorias.

A categorização é um procedimento de agrupar dados considerando a parte comum existente entre eles. Classifica-se por semelhança ou analogia, segundo critérios previamente estabelecidos ou definidos no processo. Estes critérios podem ser semânticos, originando categorias temáticas. Podem ser sintáticos definindo-se categorias a partir de verbos, adjetivos, substantivos etc. As categorias podem ainda ser constituídas a partir de critérios léxicos, com ênfase nas palavras e seus sentidos ou podem ser fundadas em critérios expressivos focalizando em problemas de linguagem. Cada conjunto de categorias, entretanto, deve fundamentar-se em apenas um destes critérios (BARDIN, 1977).

Sendo assim, os estudos foram organizados em 02 (duas) categoriais, dentre eles: Categoria 1: Assistência de enfermagem no perioperatório do parto cesáreo; Categoria 2: Humanização do parto cesáreo.

Tabela 1: Artigos selecionados para a discussão dos resultados

Título	Ano	Autores	Revista	Categoria
Assistência de enfermagem nos cuidados perioperatórios de cirurgia cesariana: um estudo reflexivo	2016	GURGEL <i>et al</i>	Mostra Interdisciplinar do curso de Enfermagem, [S.l.], v. 3, n. 1, apr. 2019.	1
O cuidado nas urgências obstétricas em uma maternidade pública: o olhar do enfermeiro	2016	FILHO <i>et al</i>		1
Assistência de enfermagem a gestante no pré-operatório de cesariana	2016	Cavalcante <i>et al</i>		
Cuidados de enfermagem a gestantes de alto risco: revisão integrativa	2016	COSTA	EAAAC - Trabalhos de Conclusão de Curso – Niterói	1
Cuidado hospitalar de mulheres que vivenciaram a gestação de alto risco: contribuições para a enfermagem	2016	MELO <i>et al</i>	Rev enferm UFPE on line., Recife, 10(11):3911-7, nov., 2016	2
Humanização da assistência de enfermagem perioperatório na cesariana	2016	BORGES		2

Fonte: Autora (2021)

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados obtidos na pesquisa a partir da análise conteúdo de Bardin resultaram em duas categorias. Categoria 1: Assistência de enfermagem no perioperatório do parto cesáreo e a Categoria 2: Humanização do parto cesáreo.

Categoria 1: Assistência de enfermagem no perioperatório do parto cesáreo

A primeira categoria foi realizada a partir de quatro artigos: “Assistência de enfermagem nos cuidados perioperatórios de cirurgia cesariana: um estudo reflexivo”, “O cuidado nas urgências obstétricas em uma maternidade pública: o olhar do enfermeiro”, “Aplicação do processo de enfermagem em uma puérpera com complicações durante o parto: relato de experiência” e “Cuidados de enfermagem a gestantes de alto risco: revisão integrativa”.

O primeiro estudo denominado “Assistência de enfermagem nos cuidados perioperatórios de cirurgia cesariana: um estudo reflexivo” relata a necessidade e a importância da assistência de enfermagem durante todo o período de internação para a realização do parto. Tal assistência garante a segurança materna e fetal além da diminuição de riscos e situações de vulnerabilidade do binômio mãe-bebê. Entende-se que é de suma importância a criação do vínculo entre o enfermeiro e a parturiente para a preparação da mulher para o parto, diminuição da ansiedade dos medos e inseguranças que a cirurgia pode trazer para esse momento. Gurgel (2016) diz:

Dessa forma, faz-se necessária a assistência de enfermagem durante todo esse período, que vai desde a chegada da cliente até a sua saída da mesma do hospital. O enfermeiro é o profissional que mais tempo passa com o cliente, por esta razão ele tem como função prestar um cuidado de boa qualidade, ouvir o paciente, tirar suas dúvidas, seus medos e proporcionar que tudo corra bem sem nenhuma complicação ou risco (GURGEL, 2016).

É importante que o enfermeiro esteja pronto para qualquer intercorrência que venha a aparecer mantendo o controle da situação, com estratégias direcionadas para cada mulher. O cuidado e o incentivo ao aleitamento materno na primeira hora de vida, o atendimento humanizado e a promoção do direito ao acompanhante também fazem parte da assistência do enfermeiro no perioperatório da cesariana cujas mulheres que necessitam da cesariana são as que mais apresentam dificuldades nesse sentido.

O segundo artigo intitulado “cuidado nas urgências obstétricas em uma maternidade pública: o olhar do enfermeiro” refere-se a importância da identificação precoce de possíveis problemas durante a gestação tais ações minimizam os riscos tanto para mãe quanto para o bebê. No estudo o autor elenca os cuidados de enfermagem nas seguintes situações de urgência obstétrica: hemorrágica, hipertensiva e paciente com oligoâmnio relata ainda quais cuidados são realizados pelo enfermeiro como avaliação da paciente, administração de medicamentos, encaminhamento para centro cirúrgico e também cuidados relacionados a humanização: acolhimento, ambiente o mais tranquilo possível, posicionamento confortável entre outros. Filho et al (2016) afirmam:

A atuação do enfermeiro e da equipe de enfermagem é de fundamental importância para detecção precoce dos fatores de risco. Desde a atuação na baixa complexidade no pré-natal, onde é o momento mais adequado para detecção de possíveis complicações e o enfermeiro é o profissional qualificado para o atendimento à saúde da mulher, possuindo um papel muito importante na área educativa, preventiva e na promoção da saúde. O atendimento da parturiente desde a chegada à maternidade e durante toda a evolução do trabalho de parto é de

fundamental importância para o sucesso no desfecho do parto e nascimento (FILHO *et al*, 2016).

A detecção de possíveis problemas como hipertensão arterial, diabetes mellitus, infecção puerperal, hemorragias, aborto, possibilita o planejamento das ações e intervenções de enfermagem. Muitas das causas de morte materna e fetal são possivelmente evitáveis e o enfermeiro deve estar capacitado para esse papel dentro da assistência.

No terceiro estudo intitulado “Assistência de enfermagem a gestante no pré-operatório de cesariana” fica claro a importância dos cuidados que a gestante deve obter no pré-operatório realizados pela enfermagem em uma unidade cirúrgica assim como as consequentes complicações advinda da ausência desse cuidado na fase pós-operatório. O Enfermeiro é responsável pela promoção da saúde da mulher promovendo autonomia para o momento do parto através de um cuidado holístico que prioriza tanto os a vida do bebê quanto a vida da mãe. Esse cuidado deve prevenir tanto problemas patológicos quanto problemas emocionais que a cirurgia pode trazer e principalmente promover o bem estar para o momento mais importante da vida da mulher. Cavalcante *et al* (2016) afirmam que:

É uma experiência que envolve a necessidade de reestruturação e reajustamento em diversas dimensões, onde a mulher passa a se olhar e a ser olhada de uma forma diferente, onde ela passa do papel de filha/esposa para o de mãe. Vale ressaltar que esta experiência pode carregar em si, os melhores sentimentos, mas também medos e receios (CAVALCANTE *et al*, 2016)

A mulher no momento gravídico dever ter a oportunidade de expressar suas expectativas, preocupações e tirar suas dúvidas com relação ao parto.

O quarto estudo intitulado “Cuidados de enfermagem a gestantes de alto risco: revisão integrativa” destaca que a equipe de enfermagem desempenha papel fundamental no decorrer da gestação de alto risco, além fomentar a importância do fortalecimento do papel da enfermagem no setor de alto risco obstétrico, onde por vezes o enfermeiro apresenta dificuldade na implantação de novos conceitos, como, por exemplo, a humanização, que se faz presente em vários programas e políticas nacionais com intuito de melhorar o cuidado e a assistência prestada pelos profissionais de saúde. Costa (2016) relata que:

Através do protocolo de enfermagem, o enfermeiro poderá direcionar o cuidado, deixando de seguir somente a prescrição médica e utilizar seu senso crítico para o planejamento da assistência, destacar sua autonomia e favorecer o reconhecimento profissional por toda a equipe multiprofissional (COSTA, 2016).

Ressalta-se a importância da utilização da Sistematização da Assistência de Enfermagem, como forma de facilitar a implantação do processo de enfermagem e de direcionar o cuidado a parturiente que no momento da hospitalização demanda um cuidado técnico, integral e humanizado, necessitando de apoio, atenção e respeito às suas escolhas. O estudo destaca a importância da aplicação do processo de enfermagem baseado na teoria do autocuidado de Orem, facilitando o empoderamento da gestante no seu cuidado, no enfrentamento da ansiedade e na diminuição da insegurança e também o reconhecimento da atuação do enfermeiro num local ainda dominado pelo modelo altamente biologicista e especializado.

Categoria 2: Humanização do parto cesáreo

A segunda categoria foi construída a partir de dois artigos denominados “Cuidado hospitalar de mulheres que vivenciaram a gestação de alto risco: contribuições para a enfermagem” e “Humanização da assistência de enfermagem perioperatório na cesariana”.

No primeiro estudo da segunda categoria com o título "Cuidado hospitalar de mulheres que vivenciaram a gestação de alto risco: contribuições para a enfermagem" demonstra-se que ao tratar às singularidades da mulher que está sendo cuidada através de uma escuta sensível é possível reunir práticas mais interativas que incrementam e melhoram a qualidade assistencial no parto e puerpério. Melo *et al* (2016) afirmam:

Na medida em que direciona o olhar para o conhecimento das realidades subjetivas que constituem a mulher, o enfermeiro tem a possibilidade de planejar objetivamente a assistência de enfermagem que esta necessita. A partir de então, pode cuidar de maneira ôntico-ontológica, em uma perspectiva ampliada capaz de conferir respostas às políticas que visam à integralidade da saúde da mulher. (MELO *et al*, 2016)

Contrariando os atuais programas direcionados à saúde materna e da mulher, encontram-se, no âmbito hospitalar, profissionais com posturas confusas que velam a humanização da assistência dispensada à gestante de alto risco. A pesquisa de Melo *et al* (2016) aponta ainda o quanto a assistência de enfermagem é importante no ambiente hospitalar superando um modelo de cuidado meramente objetiva, assistindo a parturiente nas suas especificidades e permitindo vencer o desafio de transcender práticas meramente medicalizadoras em direção à integralidade pretendida pelas políticas de saúde da mulher.

No segundo artigo intitulado “Humanização da assistência de enfermagem perioperatório na cesariana” a autora descreve sobre a humanização da assistência de enfermagem no perioperatório da cesariana destacando a importância do profissional enfermeiro na Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória – SAEP. A incidência da escolha do parto cesárea por influência de variáveis socioculturais e emocionais vem crescendo de forma significativa. Borges (2016) afirma:

E atuação de enfermagem através de estratégias, programas de saúde, pautada na assistência de pré-natal e humanização, cria-se um estreitamento no vínculo com as gestantes, possibilitando um atendimento especializado e individualizado, promovendo a humanização da assistência de enfermagem na cesariana. Assim, humanizar o parto é respeitar e criar condições para que todas as dimensões do ser humano sejam atendidas sejam espirituais, psicológicas e biológicas (BORGES, 2016).

No texto fica claro que o período da gestação é experienciado como um momento singular e especial na vida da mulher, sendo preenchido por vezes por incertezas, medos, inseguranças, fantasias e expectativas e a escolha da via de parto é um momento importante e, é direito da gestante a participação ativa na tomada dessa decisão. O enfermeiro deve promover uma assistência integral, respeitando e atendendo a gestante em todas as suas dimensões, porém a humanização do parto cesariana é uma temática pouco abordada na literatura quando comparada ao parto normal, mas entende-se que a humanização da cesárea se faz importante para que não seja um momento cirúrgico apenas, onde a mulher sinta sentimentos negativos por não ter tido seu filho por parto normal.

CONCLUSÃO

Conclui-se que apesar de ser fundamental a humanização da cesárea esse cuidado ainda é muito pouco discutido pela sociedade onde os profissionais enfocam a questão da humanização somente sobre o aspecto de não utilizar drogas ou fazer intervenções na hora do parto, a humanização na maioria dos estudos está associada ao parto natural e as práticas assistenciais para todas as suas etapas.

Percebe-se que o momento do parto cesáreo demanda uma assistência íntegra e de qualidade que não se limite à expulsão ou extração de um feto do ventre da mulher, é um evento que necessita a implementação de um cuidado verdadeiramente humanizado, com todos os profissionais da saúde respeitando e considerando os sentimentos da mulher.

Reis *et al* (2017) afirmam que na assistência ao parto cesáreo se incluem práticas como: amarrar as mãos das mulheres durante a cirurgia, o uso de medicamentos sedativos

e a postergação do primeiro contato com o recém-nascido, o que reforça a negligência com os aspectos emocionais e a autonomia feminina” (REIS et al, 2017)

O enfermeiro desempenha papel fundamental em um parto, as suas funções no centro obstétrico, em especial do parto cesáreo são de grande importância porém ainda são limitados observando a falta de autonomia no bloco cirúrgico o que impossibilita o Processo de Enfermagem e uma melhor assistência a parturiente.

Os autores Salgado, Nily e Diniz (2013) afirmam que é possível no parto cesáreo proporcionar um puerpério emocionalmente mais tranquilo e garantir que o primeiro contato mãe-recém-nascido ocorra imediatamente assim como a amamentação precoce de forma mais integral possível. Amarrar os braços das mulheres durante a cirurgia sob a justificativa de evitar que a mulher contamine o campo cirúrgico, é uma medida que não se justifica, muito menos ao final da cesárea, quando as mulheres poderiam ter os braços desamarrados e o contato facilitado, sem prejuízo para a segurança do binômio.

Em alguns casos, mesmo sem planejar, a mulher pode ter que ser levada ao centro cirúrgico para uma cesárea e nesse momento deitada, por vezes amarrada e sem conseguir assistir a todos os passos do seu parto por causa de uma barreira física são ações desumanizadoras comuns nos partos cesáreos. Em uma reportagem a revista Veja a obstetra Elis Nogueira trouxe uma novidade ao país, ela implementou em seus partos uma cortina transparente no lugar do tradicional pano verde, chamado campo cirúrgico, onde a mãe consegue ver o bebê na hora do nascimento. Tal cuidado traz humanização ao parto cesáreo diminuindo a ansiedade e o medo da parturiente tão pautado nos programas de saúde da mulher.

Pretendeu-se com esse estudo promover a reflexão do tema, o debate e, principalmente despertar nos futuros e nos profissionais já atuantes a importância de promover um parto cesáreo humanizado. A necessidade de ações humanizadoras para o perioperatório da cesárea é um fato que os profissionais devem buscar se capacitar e fazer a diferença na vida das parturientes que necessitam ou escolhem o parto cesáreo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil). O modelo de atenção obstétrica no setor de Saúde Suplementar no Brasil: cenários e perspectivas .Rio de Janeiro: ANS, 2008.

ANDRADE, L. M.; MARTINS, E. C.; CAETANO, J. A.; SOARES, E.; BESERRA, E. P. Atendimento humanizado nos serviços de emergência hospitalar na percepção do acompanhante. **Rev. Eletrônica Enferm.**, v. 11, n. 1, p. 151-157, 2009. Disponível em <https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/46900>.

BARDIN, L. **Análise do conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

Borges I.T. Humanização da assistência de enfermagem perioperatório na cesariana. Rondônia: Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA; 2016.TCC

BORGES, IONÁ TEIXEIRA, 2016. Humanização da assistência de enfermagem perioperatório na cesariana. Monografia apresentada ao curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Educação e Meio Ambiente. Disponível em <http://repositorio.faema.edu.br:8000/jspui/handle/123456789/870>. Acesso em 17 de fevereiro de 2021.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina (CFM). Resolução CFM Nº 2.144/2016. Dispõe sobre É ético o médico atender à vontade da gestante de realizar parto cesariano, garantida a autonomia do médico, da paciente e a segurança do binômio materno fetal.

BRASIL. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada - manual técnico/Ministério da Saúde, Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Programa humanização do parto: humanização no pré-natal e nascimento Brasília; Ministério da Saúde; 2002, mar. 27 p. Folhetotab, graf.(C. Projetos, Programas e Relatórios; n.43).

CAMPELO, Natanael Manoel. **O cuidado nas urgências obstétricas em uma maternidade pública: o olhar do enfermeiro**. 2016.

CAVALCANTE, Hilda Layane Rabelo et al. ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A GESTANTE NO PRÉ-OPERATÓRIO DE CESARIANA. **Mostra Interdisciplinar do curso de Enfermagem**, v. 2, n. 1, 2017. Disponível em:<<http://45.170.157.12/home/handle/123456789/551>> acesso em: 03 de março de 2021

CHRISTOFORO, Berendina Elsin Bouwman; CARVALHO, Denise Siqueira. Cuidados de enfermagem realizados ao paciente cirúrgico no período pré-operatório. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 43, n. 1, p. 14-22, Mar. 2009. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342009000100002&lng=en&nrm=iso>. acesso em 03de março de 2021.

COSTA, Juliana Ferreira Condeixa da et al. Cuidados de enfermagem a gestantes de alto risco: revisão integrativa. 2016.

DA SILVA, Renata Martins et al. Inserção de enfermeiras obstétricas no atendimento ao parto: percepção da equipe de enfermagem. **Revista Interdisciplinar de Estudos em Saúde**, p. 293-302, 2018. Disponível em: <http://periodicos.uniarp.edu.br/index.php/ries/article/view/1240> acesso em: 20 de Março de 2021.

DE CARVALHO, Emilia Campos; BACHION, Maria Márcia. Processo de enfermagem e sistematização da assistência de enfermagem–intenção de uso por profissionais de enfermagem. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 11, n. 3, 2009. Disponível em: <https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/47056> Acesso em: 15 de março de 2021.

DIAS, Marcos Augusto Bastos; DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira. Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, p. 699-705, 2005. Disponível em: https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/csc/v10n3/a26v10n3.pdf. Acesso em 15 de março de 2021.

FAUNDES, A. & CECATTI, J. G., 1991. A operação cesárea no Brasil. Incidência, tendências, causas, consequências e propostas de ação. **Cadernos de Saúde Pública**, 7:150-173. Disponível em<<https://www.scielo.org/article/csp/1991.v7n2/150-173/pt/>>. Acesso em 17 de fevereiro de 2021.

FIOCRUZ. **Cesariana a pedido: desenvolvendo oferta de opções equivalentes. 2019.** Disponível em: <<https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/cesariana-a-pedido-desenvolvendo-oferta-de-opcoes-equivalentes/>> Acesso em 17 de março de 2021

FIOCRUZ. **Prevenção da Mortalidade Materna no Período Puerperal 2020** Disponível em: <<https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/prevencao-da-mortalidade-materna-no-periodo-puerperal/>> Acesso em 17 de março de 2021

FONTANA, Rosane Teresinha. Humanização no processo de trabalho em enfermagem: uma reflexão. **Rev Rene**, v. 11, n. 1, p. 200-207, 2010. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/3240/324027969019.pdf>. Acesso em 20 de março de 2021.

FRELLO, A.T., CARRARO, T. E. Componentes do cuidado de enfermagem no processo de parto. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 2010 [acesso em 29 de março de 2021]; v (12): [n.4]. Disponível em: https://deploy.extras.ufg.br/projetos/fen_revista/v12/n4/pdf/v12n4a10.pdf.

GALVAO, Cristina Maria; SAWADA, Namie Okino; ROSSI, Lídia Aparecida. A prática baseada em evidências: considerações teóricas para sua implementação na enfermagem perioperatória. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 5, p. 690-695, Oct. 2002 Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692002000500010&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 15 Março. 2021.

GIL, A.C. Métodos e técnicas de Pesquisa Social. São Paulo: Editora Atlas S.A, 2008.

GURGEL, Débora Rodrigues et al. ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NOS CUIDADOS PERIOPERATÓRIOS DE CIRURGIA CESARIANA: UM ESTUDO REFLEXIVO. **Mostra Interdisciplinar do curso de Enfermagem**, v. 3, n. 1, 2019. Disponível em: <http://publicacoesacademicas.unicatolicaquixada.edu.br/index.php/mice/article/view/3169>. Acesso em 17 de março de 2021

MABUCHI, Alessandra dos Santos; FUSTINONI, Suzete Maria. O significado dado pelo profissional de saúde para trabalho de parto e parto humanizado. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 21, n. 3, p.420-426,2008 Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002008000300006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 17 de fevereiro de 2021.

MELO, MN et al. Cuidado hospitalar de mulheres que vivenciaram a gestação de alto risco: contribuições para a enfermagem. *Rev enferm UFPE on line*, 2016 novembro, [acesso 28 de março de 2021]. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/11472/13315>.

MINAYO, M. C. de S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 11a. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

OLIVEIRA, MSS et al. Práticas assistenciais de enfermeiros durante o trabalho de parto e nascimento. *Enfermagem Revisa*, 2018 [acesso 28 de março de 2021]; v.(21):[n. 1, p. 63-77], . Disponível em: <http://periodicos.pucminas.br/index.php/enfermagemrevista/article/download/17898/13351>.

OLIVEIRA Salgado, H., Niy, D. Y., & Diniz, C. S. G Meio grogue e com as mãos amarradas: o primeiro contato com o recém-nascido segundo mulheres que passaram por uma cesárea indesejada. *Journal of Human Growth and Development*, 2013, [acesso 29 de março de 2021] v(23):[n. 2, p. 190-197]. Disponível em <https://www.revistas.usp.br/jhgd/article/download/61298/64235/0>.

PRÁ, Luciana Aparecida; PICCOLI, Marister. Enfermagem perioperatória: diagnósticos de enfermagem fundamentados na teoria de Ida Jean Orlando. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.6, n.2, 2004. Disponível em: <https://deploy.extras.ufg.br/projetos/fen_revista/revista6_2/pdf/Orig10_enfer.pdf. Acesso em 15 de Março de 2021.

PRISZKULNIK G, MAIA AC. Parto humanizado: influências no segmento saúde. *Mundo saúde*. 2009;33(1):80-8.

REZENDE FILHO, J; MONTENEGRO, C.A.B. *Obstetrícia Fundamental*. Rio de Janeiro;/ Guanabara Koogan, 2013.

SILVANI, C.M.B. Parto Humanizado- Uma revisão bibliográfica. Universidade do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina. Curso de Especialização em saúde pública. Porto Alegre, 2010. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/28095/000767445.pdf?sequence=1> Acesso em : 03 de Março de 2021.

SOUZA, Marília Fernandes Gonzaga de; SANTOS, Ana Dulce Batista dos; MONTEIRO, Akemi Iwata. O processo de enfermagem na concepção de profissionais de Enfermagem de um hospital de ensino. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 66, n. 2, p. 167-173, Apr. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000200003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 15 de Março de 2021.

SOUZA, Taísa Guimarães de; GAIVA, Maria Aparecida Munhoz; MODES, Priscilla Shirley Siniak dos Anjos. A humanização do nascimento: percepção dos profissionais de saúde que atuam na atenção ao parto. **Rev. Gaúcha Enferm. (Online)** Porto Alegre, v. 32, n. 3, p.479-486, Sept\ 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472011000300007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 20 de fevereiro de 2021.

TANNURE MC, PINHEIRO AM. *SAE Sistematização da Assistência de Enfermagem - 3a. edição*

TELES, LMR. Construção e validação de tecnologia educativa para acompanhantes durante o trabalho de parto e o parto. [Dissertação de Mestrado]. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará; 2011.

VELHO, Manuela Beatriz et al. Vivência do parto normal ou cesáreo: revisão integrativa sobre a percepção de mulheres. **Texto contexto - enferm.** Florianópolis, v. 21, n. 2, p. 458-466, June 2012.

Chirle de Oliveira Raphaelli

Nutricionista, Doutora em Ciência e Tecnologia de Alimentos e professora da People's Uni, (Inglaterra), Pelotas, RS

Elisa dos Santos Pereira

Nutricionista, Mestre em Ciência e Tecnologia de Alimentos, Pelotas, RS

Suely Ribeiro Bampi

Nutricionista, Doutora em Ciências com ênfase em Biotecnologia e professora da Faculdade Anhanguera, Pelotas, RS

RESUMO

No climatério ocorre a transição do período reprodutivo para o não reprodutivo iniciando por volta dos 40 anos e até, em média, 65 anos. A alimentação adequada e saudável é fundamental para promoção da saúde da mulher climatérica e para a redução dos sintomas associados a esta fase decorrentes da alteração da função hormonal. Objetiva-se descrever a importância da nutrição no período do climatério, a fim de atuar na prevenção de doenças decorrentes da alteração hormonal e na diminuição dos sintomas associados, bem como elencar os principais alimentos e nutrientes para a conduta dietoterápica. Para isso, foi realizada uma revisão de literatura nas bases de dados da *Pubmed* no período de 2010 e 2020. Frutas, verduras e legumes, oleaginosas ricas em fitoestrógenos, soja e alimentos ricos em isoflavonas, peixes, linhaça e outros alimentos ricos em ômega 3, leguminosas germinadas ricas em coumestanos e alimentos ricos em cálcio e vitamina D auxiliam na redução dos distúrbios do sono, nas alterações de calor, na fadiga, e nos sintomas somáticos, psicológicos, vasomotores e urogenitais e na osteoporose. Conclui-se que o consumo de vegetais, frutas e grãos inteiros, além com escolha de alimentos e nutrientes específicos auxiliam na diminuição de sintomas associados ao climatério.

Descritores: Menopausa; Envelhecimento; Sintomas; Alimentação; Nutrientes.

INTRODUÇÃO

O climatério é um período de transição, com duração variável e sem dúvida especial no ciclo biológico da mulher. Essa fase corresponde ao período da vida da mulher compreendido entre o final da fase reprodutora até a senilidade e, em geral varia dos 40 aos 65 anos e é dividido em três períodos: pré-menopausa, perimenopausa e pós-menopausa (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2007). A menopausa é definida como a interrupção permanente da menstruação e reconhecida após 12 meses consecutivos de amenorreia (FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA, 2010).

No climatério se observa a diminuição da fertilidade e, progressivamente, declínio da produção de estradiol pelo ovário, embora mantenha certo equilíbrio hormonal pela maior produção de androgênios e sua conversão periférica em estrogênio (BRASIL, 2008).

A idade da ocorrência da menopausa parece geneticamente programada para cada mulher pelo número de folículos ovarianos, mas pode ser influenciada por fatores socioeconômicos e culturais, tabagismo, altitude e nutrição. A idade média definida varia nos diferentes países: México – 44,3 anos; África do Sul – 46,7 anos; China – 48,9 anos; Arábia Saudita – 48,9 anos; Bélgica – 50,0 anos; Inglaterra – 50,7 anos; Estados Unidos – 51,4 anos; Holanda – 51,4 anos e no Brasil, – 48 anos (FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA, 2010).

O déficit estrogênico está associado à maior incidência de doença coronariana, assim como a uma maior taxa de mortalidade por doença cardiovascular. São observadas ainda aumento no risco de osteoporose e fraturas osteoporóticas devido à diminuição da densidade mineral óssea nesse período. E ainda, alguns estudos correlacionam à deficiência estrogênica ao desenvolvimento da doença de Alzheimer (FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA, 2010). Por exemplo, a osteoporose é três vezes mais comum em mulheres do que em homens, em parte por causa das alterações hormonais que ocorrem na menopausa (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2007).

Alguns métodos alternativos são utilizados para prevenir e reduzir os sintomas do climatério, como terapias não farmacológicas, incluindo na rotina diária um estilo de vida saudável (NOLL e colab., 2020). Os estudos estão centrados principalmente na relação entre nutrientes e / ou alimentos específicos e os sintomas do climatério (NOLL e colab., 2020), entretanto, ainda faltam dados sintetizados que possam orientar uma escolha dietética apropriada para as mulheres reduzirem os sintomas associados.

Com base no exposto, neste capítulo está descrita a importância da nutrição no período do climatério, a fim de atuar na prevenção de doenças decorrentes desta transição hormonal e na diminuição dos sintomas associados, bem como elencar os principais alimentos e nutrientes para a conduta dietoterápica.

METODOLOGIA

O estudo de revisão bibliográfica, com pesquisa realizada nas bases de dados da *Pubmed* no período de 2010 e 2020, nos idiomas de português, inglês e espanhol. Os descritores utilizados foram: menopausa OR climatério AND alimentação e nutrição OR consumo alimentar. A pesquisa focou nos estudos em humanos, de coorte e clínicos e transversais.

Após o resultado da busca foi realizada leitura dos títulos dos artigos e selecionados para leitura de resumos e após a leitura na íntegra foram obtidos os dados da pesquisa.

A partir dos artigos selecionados para leitura na íntegra obtiveram-se os seguintes dados: tipo de alimento/nutriente investigado, local e ano da pesquisa e dados essenciais.

RESULTADOS

A busca de literatura encontrou 2907 artigos, após exclusão dos repetidos, leitura de título, abstract e por fim os textos na íntegra, finalizaram 25 artigos. Com base nos artigos selecionados foram resumidos os pontos importantes da orientação dietética para redução de sintomas do climatério e estão listados a seguir.

Relação da alimentação com sintomas do climatério

A maioria das mulheres que estão no climatério apresenta sintomas vasomotores, que acontece pelo declínio nos níveis de estrogênio, com sintomas incômodos que geralmente duram mais de uma década. Os mais problemáticos, incluem ondas de calor,

sudorese noturna, problemas de sono, transtornos de humor, disfunção sexual, atrofia do epitélio vaginal e perda óssea, ganho de peso e declínio do funcionamento cognitivo (KAUNITZ e MANSON, 2015).

Existem maneiras de realizar uma grande melhora dos sintomas com terapias não hormonais que incluem mudanças de estilo de vida, técnicas de relaxamento e/ou terapia cognitivo-comportamental, gerenciamento dietético e uso de suplementos, dentre outros (CARPENTER e colab., 2015).

Para efetivas mudanças no estilo de vida, a mulher deve realizar regularmente atividade física e consumir uma alimentação adequada e saudável. Especialmente na alimentação, é fundamental incluir alimentos ricos em cálcio, para prevenir a osteoporose, consumir alimentos integrais, frutas, verduras e legumes, que são ricos em fibras, alimentos ricos em fitoestrógenos, os quais fazem uma reposição hormonal e alimentos com baixo teor de gordura, particularmente de gorduras saturadas (LEVIS e GRIEBELER, 2010).

Os fitoestrógenos são nutrientes naturais derivados de plantas e, embora não sejam gerados no corpo humano, são muito semelhantes ao hormônio feminino estrogênio, o qual está reduzido na fase do climatério. Os principais grupos de fitoestrogênios presentes em nossa dieta são isoflavonas, prenilflavonóides, coumestanos e lignanas (DESMAWATI e SULASTRI, 2019).

Os fitoestrógenos estão bem distribuídos nos alimentos, mas em quantidades altamente variáveis. Eles são comuns em alimentos, como ervas e temperos (alho, salsa), grãos (trigo, arroz), vegetais (soja, feijão, cenoura, batata), frutas (tâmaras, romãs, cerejas, maçãs) e bebidas (café).

Além de consumir alimentos ricos em fitoestrógenos é essencial que a mulher consuma diariamente alimentos *in natura* como frutas, verduras e legumes em geral, ou minimamente processados (aqueles que apenas sofrem o descascamento, moagem ou poucas modificações antes de ir para prateleira do supermercado) como arroz, feijão, trigo, milho, grãos integrais, leite, entre outros. Estes alimentos devem fazer parte da sua alimentação diária.

Já os alimentos processados, como enlatados, conservas, geleias, devem ser consumidos com menos frequência. Como exemplo estão a cenoura, pepino, ervilhas, palmito, cebola e couve-flor preservados em salmoura ou em solução de sal e vinagre, molhos de tomate, frutas em calda e frutas cristalizadas, carne seca e toucinho, sardinha e atum enlatados, queijos, e pães feitos de farinha de trigo, leveduras, água e sal.

Por fim, os alimentos que devem ser evitados pela mulher que está no climatério são os ultraprocessados. Estes alimentos são formulações industriais feitas com óleos, gorduras, açúcar, amido, proteínas e com muitos aditivos alimentares. Como exemplo temos os refrigerantes, bolachas, pratos congelados, salgadinhos, bolos prontos e mistura para bolos, cereais matinais, macarrão instantâneo, pães de forma, sorvetes e bebidas com sabor de frutas. Os alimentos ultraprocessados, além de conter calorias em excesso dificultando o controle do peso corporal, possuem quantidades elevadas de sódio e/ou glutamato monossódico, provocando retenção de líquidos agravando os sintomas durante a menopausa ou pós-menopausa (SOLEYMANI e colab., 2019).

Já se sabe que uma alimentação pobre em gordura saturada e colesterol, ou seja, baixo consumo de alimentos ricos em gordura animal como manteiga, banha de porco e carnes gordas pode reduzir o risco de doença coronariana, principalmente durante o climatério. Os estrógenos presentes em diversos alimentos podem prevenir doenças cardíacas, aterosclerose e doenças vasculares, especialmente na pós-menopausa, além de melhorar os sintomas nesta fase (SUNITA e PATTANAYAK, 2011).

Mulheres na pós-menopausa com padrões alimentares ou de saúde de alta qualidade, as quais o consomem vegetais, frutas e grãos inteiros, parecem ter menor intensidade de sintomas psicológicos, de somáticos, vasomotores e também dos distúrbios

do sono e sintomas urogenitais. Ao contrário, o consumo de dietas ricas em alimentos processados, gordura saturada, grãos refinados, alimentos fritos, carnes gordurosas, doces e bebidas adoçadas com açúcar foram associados a sintomas psicológicos mais graves, distúrbios do sono, sintomas vasomotores e sintomas somáticos (NOLL e colab., 2020).

Alimentos que melhoram os sintomas do climatério

Soja e alimentos ricos em isoflavonas: A soja é o alimento que mais contém isoflavonas, seguido de trevo vermelho, kudzu e amendoim. As isoflavonas são uma classe de fitoquímicos, receptores estrogênicos dos humanos, formados por genisteína, daidzeína, gliciteína, biochanina A e formononetina, participam da produção, do metabolismo e da ação dos hormônios sexuais. Em outras palavras, as isoflavonas atuam como um substituto do estrógeno (hormônio que sofre notável queda no período do climatério) e contribuem para a manutenção do equilíbrio hormonal (CARPENTER e colab., 2015). Especialmente os sintomas de ondas de calor, fadiga e sintomas psicológicos e urogenitais são melhorados após consumo de isoflavonas, especialmente na fase durante a menopausa e na pós menopausa (AHSAN e MALLICK, 2017).

Exemplos de alimentos que podem ser inseridos no cardápio: soja tostada, leite de soja, tofu ou queijo de soja, extrato de soja e farinha de soja (inserida em pães, bolos ou batidas).

Peixes e alimentos ricos em ômega 3: Peixes fontes de ácido graxo ômega-3 (n-3), como salmão, atum, cavala, arenque, dourada, chicharro, congrio, sardinha, enguia, óleo de fígado de bacalhau, caranguejo, camarão, podem melhorar a capacidade antioxidante do organismo e melhorar os sintomas do climatério (DUNNERAM e colab., 2018).

A relação dietética entre mono e poli-insaturados parece interferir o bem estar da mulher. A ingestão baixa de monoinsaturados e elevado em poli-insaturados com relação n-3: n-6 maior em n-3 pode ser útil para melhorar os sintomas do climatério. Elevar consumo de poli-insaturados n-3 reduz sintomas somáticos e psicológicos, de EPA sintomas somáticos e urogenitais, e o DHA reduz sintomas urogenitais (ABSHIRINI e colab., 2019).

Entretanto, em mulheres no climatério atendidas num Ambulatório de Especialidades em Nutrição de uma Universidade do Norte do RS com idades entre 40 e 65 anos, o consumo de gorduras saturadas estiveram acima do preconizado ($8,14 \pm 3,63\%$), enquanto que as gorduras mono e poli-insaturada estiveram abaixo, resultando em $6,47 \pm 3,40\%$ e $5,37 \pm 2,60\%$, respectivamente (MARTINAZZO e colab., 2013).

Alimentos ricos em lignanas: A linhaça é um dos alimentos estrogênicos mais ricos que você pode encontrar. Ele é rico em lignana que também é um fitoestrógeno. As sementes de linhaça são uma ótima fonte de fibra dietética, que auxilia na melhora do trânsito intestinal e é rica em ácidos graxos ômega-3 que auxilia na redução do colesterol sanguíneo.

As lignanas estão presentes em sementes (linho, abóbora, girassol, papoula, gergelim), grãos integrais (centeio, aveia, cevada, farelo de trigo, aveia, centeio, arroz integral, farinha de trigo integral), feijão, frutas e vegetais, como brócolis e repolho, além de chás e de café.

A semente de linhaça é de longe a mais rica fonte alimentar de lignanas, e a biodisponibilidade da lignana pode ser melhorada por esmagamento ou moagem da linhaça. Quantidades muito menores estão contidas nas sementes de gergelim, a segunda mais rica em lignana (POLUZZI e colab., 2013).

Estas sementes podem ser facilmente incorporadas em outros alimentos consumidos. O uso das sementes adicionadas ao cereal matinal (quente ou frio), como cobertura de salada ou adicioná-las ao iogurte ou vitaminas. A utilização da farinha desta semente (triturar a linhaça no liquidificador no momento que vai usar como farinha) em

adicionar em pães, bolos, biscoitos ou na finalização de saladas e massas é outra opção. Para aproveitar bem os nutrientes da linhaça e do gergelim, é ideal triturar ela, para o organismo absorver os fitoestrógenos. Além de triturar, o melhor é triturar no momento do seu uso para evitar perdas de nutrientes, especialmente dos ácidos graxos essenciais ômega 3. O consumo regular destes alimentos beneficiam e muito esta fase, principalmente os calorões e suores noturnos (DEW e WILLIAMSON, 2013). Os fitoestrógenos parecem reduzir a frequência de fogachos em mulheres no climatério, sem efeitos colaterais graves, especialmente as lignanas (CHEN e colab., 2015).

Frutas, verduras e legumes: Frutas, verduras e legumes devem fazer parte de sua alimentação diariamente. Além das frutas da época também podem ser consumidos frescos podem ser consumidos secos. Os damascos, pêssegos, uvas vermelhas, laranjas, mirtilos e morangos são ótimas fontes de fitoestrógenos. Frutas frescas podem ser adicionadas a qualquer refeição ou servir como um ótimo substituto para sobremesas altamente calóricas.

Oleaginosas: As oleaginosas, como castanhas, nozes, amendoim, pistaches e outras oleaginosas sem sal ou açúcar podem ser consumidos em lanches intermediários na manhã ou na parte da tarde. As nozes são ricas em fitoestrógenos, então adicione elas no seu lanche ou em pães, bolos e biscoitos e a castanha do Pará, fornece selênio, mineral que fortalece as funções cerebrais. Estes alimentos melhoram sintomas de estresse e depressão, além de reduzir as ondas de calor desta fase.

Alimentos ricos em coumestanos: Coumestanos são produzidos predominantemente durante a germinação de sementes de leguminosas. As ervilhas, feijão, feijão, feijão e brotos de soja brotos de alfafa e trevo contem muitos destes fitoestrógenos (POLUZZI e colab., 2013).

Os coumestanos, assim como as isoflavonas e as lignanas possuem efeito específico na redução de sintomas climatéricos, especificamente sintomas vasomotores, atrofia vaginal, insônia e osteoporose. Eles são eficazes na redução da intensidade dos fogachos, na melhora do sono e da cognição, e afetam positivamente a saúde dos ossos (BEDELL e colab., 2014).

Alimentação saudável na prevenção e no controle do excesso de peso

Cabe destacar que além de inserir alimentos importantes para redução dos sintomas do climatério em seu cardápio diário, é fundamental, que seja mantido o peso adequado e saudável. As mudanças hormonais que ocorrem no período do climatério podem contribuir para maior acúmulo do tecido adiposo, particularmente de gordura abdominal. Por exemplo, mulheres climatéricas do sul do Brasil, entre 40 e 65 anos, apresentaram IMC médio de 30,1 kg/m² (obesidade grau 1) e circunferência da cintura de 99 cm (risco muito aumentado para doença cardiovascular) (GALLON e WENDER, 2012).

Além disso, durante o climatério acontece mudanças na ingestão alimentar e aumento do apetite. O desejo de comer, a fome e o consumo de alimentos aumentaram durante a transição da menopausa e nos anos de pós menopausa permanecem neste nível mais alto, assim como acontece a diminuição da plenitude de jejum (DUVAL e colab., 2014).

O excesso de peso, chamado sobrepeso ou obesidade, piora os sintomas de insônia, calorões e cardiovasculares durante esta fase. O excesso de peso corporal em mulheres no climatério está relacionado a um maior risco de desenvolvimento de doenças cardiovasculares e metabólicas, bem como à diminuição da qualidade de vida e da potência sexual (BRÓNCZYK-PUZÓN e colab., 2015). As mulheres com excesso de peso que perdem peso durante

o climatério conseguem eliminar seus sintomas de ondas de calor ou sudorese noturna em comparação com aquelas que se mantem acima do peso (KROENKE e colab., 2013).

As intervenções no estilo de vida para minimizar os ganhos de massa gorda, perda de massa muscular e as mudanças na composição corporal e na distribuição da gordura corporal incluem predominantemente exercícios e alimentação adequada e saudável.

Alimentação saudável na prevenção e controle da osteoporose

A osteoporose vem despontando nas últimas décadas como um importante problema de saúde pública, principalmente em mulheres. Os principais nutrientes relacionados com a prevenção da perda óssea são o cálcio e a vitamina D, visto que a absorção intestinal ativa de cálcio é primariamente regulada pelo calcitriol (hormônio esteroide formado a partir da vitamina D) (MALABANAN e HOLICK, 2003). O climatério é uma das situações de saúde que interferem na biodisponibilidade do cálcio. (WAWRZYNIAK e SULIBURSKA, 2021).

As principais fontes de cálcio são o leite e seus derivados. A recomendação de ingestão para crianças de 3 e 8 anos, respectivamente, é de 500 mg e 800 mg por dia. A necessidade diária de cálcio dos adolescentes de ambos os sexos é de 1300 mg e para adultos de 19 a 50 anos a recomendação é de 800 mg a 1000 mg / dia, enquanto maiores que 50 anos e idosos 1200 mg de cálcio por dia. Para mulheres com osteoporose é preconizado o consumo de 1500 mg / dia. A tabela 1 descreve as principais fontes alimentares de cálcio.

Tabela 1. Teor de cálcio dos alimentos.

Alimento	Quantidade em 100 g/ml
Leite desnatado	134
logurte desnatado	157
Queijo pasteurizado	323
Ricota	253
Couve	135
Agrião	133
Caruru, folhas	455
Espinafre	98
Brócolis	86
Castanha do Brasil	146
Noz	105
Peixe tipo pescadinha	332
Peixe tipo sardinha	167
Farinha de soja	206
Grão de bico	114
Feijão tipo carioca cru	123

Fonte: UNICAMP. TABELA DE COMPOSIÇÃO DE ALIMENTOS UNICAMP. 2006 VERSÃO II. (UNIVERSITY OF CAMPINAS, 2011)

O consumo médio de cálcio de mulheres climatério, entre 40 e 65 anos, foi de $549,63 \pm 315,87$ mg, já o de vitamina D, $549,63 \pm 315,87$ mcg e ambos estiveram inadequados (MARTINAZZO e colab., 2013).

Em pacientes intolerantes à lactose ou que por outros motivos não possam atingir a recomendação diária, a suplementação de cálcio é uma opção, desde que feita com supervisão do nutricionista em conjunto com médico.

Já as fontes de vitamina D incluem luz solar, dieta e suplementos. Por fontes alimentares pode ser obtida a partir de, por exemplo, óleo de fígado de bacalhau e peixes gordurosos (salmão, atum, cavala, sardinha), gema do ovo, leites fortificados, sucos de laranja e alguns cereais integrais ou por meio da síntese cutânea endógena, que representa a principal fonte dessa “vitamina” para a maioria dos seres humanos (SUNYECZ, 2008). Esta vitamina,

produzida na pele ou ingerida, sofre transformações químicas até se transformar em sua forma ativa (calcitriol), com importantes funções na fisiologia osteomineral, especialmente no que se refere à absorção intestinal e à homeostase do cálcio.

No climatério a atenção pelo consumo de alimentos ricos em cálcio e de vitamina D deve ser reforçada, visto a grande relação entre este período e o desenvolvimento da osteoporose. Os nutricionistas deverão focar a ingestão adequada de cálcio através da inclusão dos principais alimentos fontes e o controle dos fatores que influenciam na biodisponibilidade do cálcio e ingestão adequada de proteínas (para que não ocorra consumo excessivo).

Alimentação saudável na prevenção e controle de doenças cardiovasculares

A doença cardiovascular é a principal causa de morbidade e mortalidade em mulheres pós-menopáusicas (NEWSON, 2018). Elas perdem a proteção relativa às doenças coronárias, devido às modificações no perfil lipídico que ocorrem com a deficiência estrogênica. Com isso, ocorre aumento no colesterol total e a LDL-colesterol (lipoproteína de baixa densidade). O excesso de peso e a maior deposição de gordura na região abdominal, somados ao consumo elevado de proteínas e diminuído de fibras, cálcio e vitamina D está diretamente relacionado a maior prevalência de doenças cardiovasculares neste período (GALLON e WENDER, 2012).

A questão da prevenção das doenças cardiovasculares determina o delineamento de um plano dietético que contemple medidas coadjuvantes para a prevenção ou controle das dislipidemias (anormalidades nas gorduras do sangue), da hipertensão arterial sistêmica, das alterações de glicemia e, sobretudo, medidas para redução ou manutenção do peso corporal ideal (GALLON e WENDER, 2012).

Sugestão de cardápio para melhora dos sintomas do climatério

Padrões alimentares saudáveis estão associados a menos sintomas no climatério. Dietas ricas em vegetais e frutas mostra uma associação inversa com sintomas ao contrario de dietas ricas em gorduras e doces (padrão maionese, óleos líquidos, doces e sobremesas e padrão gorduras sólidas e snacks) que apresentaram correlação a um risco aumentado desses sintomas, especialmente sintomas gerais e geniturinários (SOLEYMANI e colab., 2019).

Em mulheres brasileiras identificaram-se cinco padrões alimentares: frutas e verduras, brasileiro (arroz, feijão e leite), lanches (bolo, xis, pizza, cuca), prudente (peixe, suco natural, pão integral e sopa de legumes) e regional (alimentos típicos na serra gaúcha como carnes vermelhas, aipim e massas). Estes padrões alimentares das mulheres no climatério possuem influência significativa da idade, da escolaridade e da renda e que não sofreram influência do estado menopáusicos e os padrões alimentares (HOFFMANN e colab., 2015).

Alimentos específicos também se relacionam com melhoras de sintomas ou idade de início do climatério. A elevada ingestão de peixes oleosos, legumes frescos, bem como vitamina B6 e zinco está associada a um início tardio da menopausa natural, enquanto um alto consumo de macarrão refinado e arroz está associado a uma idade mais precoce na menopausa natural (DUNNERAM e colab., 2018).

A Tabela 2 resume as informações contidas nos estudos investigados e sugere alguns alimentos na forma de preparações para inserção do mesmo num cardápio diário preconizando uma alimentação adequada e saudável. Pois a intervenção nutricional com o objetivo de corrigir ou melhorar o consumo alimentar e o perfil antropométrico pode resultar em benefícios para a saúde da mulher climatérica.

Tabela 2. Opções de alimentos para as refeições

Opções	Sugestão para as refeições					
	Café da manhã	Lanche da manhã	Almoço	Lanche da tarde	Jantar	Ceia
Opção 1	Leite desnatado com cacau ou café solúvel, pão integral caseiro feito a base de grãos (linhaça, girassol, farinha de trigo integral) ou adquirido em casas de produtos naturais, queijo tofu (queijo feito de soja) com geleia de frutas	logurte desnatado com frutas picadas, aveia e sementes trituradas (linhaça)	Salada de alface, tomate, beterraba cozida e pimentão à vontade, com gergelim e azeite de oliva, arroz integral, feijão-preto cozido, peixe grelhado. Maçã de sobremesa	Soja tostada com ervas finas com chá branco ou chá verde, pão integral com tofu.	Omelete com espinafre e linhaça (ovos, espinafre, cebola, tempero verde, farinha de linhaça, queijo cottage), saladas à vontade temperada com azeite de oliva, suco de maracujá com chia e stévia. Pêssego ou abacaxi de sobremesa	logurte natural com mel
Opção 2	Bolo integral com frutas frescas ou secas e nozes (pode preparar um bolo simples de farinha de trigo integral e adicionar morangos ou damascos mais nozes ou castanhas picadas), fruta: banana, uva ou laranja e chá verde	Vitamina de leite de soja batida com aveia, morangos e stévia ou mel	Salada de mix de ervas com grão-de-bico cozido, azeite de oliva e chia salpicada, arroz integral, frango grelhado com cebola e ervilhas. Kiwi de sobremesa.	Mix de oleaginosas e frutas secas (castanhas, sementes de girassol, pêssegos, uva passa, e outras)	Frango grelhado ou bife bovino grelhado com arroz integral e saladas. Salpicar sobre as saladas gergelim triturado com sal e azeite de oliva. Laranja de sobremesa	Damascos secos ou nozes
Opção 3	Pão de centeio e girassol com pasta de amendoim, leite de soja batido com maçã e linhaça.	Pão integral com queijo minas frescal e chá de camomila.	Sala de couve-flor cozida, repolho roxo e mix de grãos triturados por cima com azeite de oliva, macarrão integral com molho de tomates e sardinhas, batatas soute Ameixa de sobremesa	Vitamina de leite de soja ou leite desnatado com frutas, extrato de soja, e sementes (chia, aveia, linhaça).	Atum grelhado com batatas assadas regadas com azeite de oliva e alecrim. Saladas como alfafa, cenoura ralada, soja cozida. Maçã de sobremesa	Banana picada com farinha de linhaça

Fonte: Elaborado pelo Autor, 2021.

CONCLUSÃO

Mulheres na pós-menopausa com padrões alimentares ou de saúde de alta qualidade, as quais o consomem vegetais, frutas e grãos inteiros, parecem ter menor intensidade de sintomas psicológicos, de somáticos, vasomotores e também dos distúrbios do sono e sintomas urogenitais. Ao contrário, o consumo de dietas ricas em alimentos processados, gordura saturada, grãos refinados, alimentos fritos, carnes gordurosas, doces e bebidas adoçadas com açúcar foram associados a sintomas psicológicos mais graves, distúrbios do sono, sintomas vasomotores e sintomas somáticos (NOLL e colab., 2020).

Com base no exposto, conclui-se que o consumo de vegetais, legumes, frutas e grãos inteiros, oleaginosas, leguminosas germinadas, além com escolha de alimentos e nutrientes específicos, como peixes, soja, alimentos ricos em cálcio e vitamina D e ômega 3, auxiliam na diminuição de sintomas associados ao climatério.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABSHIRINI, M e colab. **Higher intake of dietary n-3 PUFA and lower MUFA are associated with fewer menopausal symptoms.** *Climacteric: the journal of the International Menopause Society*, v. 22, n. 2, p. 195–201, Abr 2019.

AHSAN, Marya e MALLICK, Ayaz Khurram. **The effect of soy isoflavones on the menopause rating scale scoring in perimenopausal and postmenopausal women: A pilot study.** *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, v. 11, n. 9, p. FC13–FC16, 2017.

BEDELL, Sarah e NACHTIGALL, Margaret e NAFTOLIN, Frederick. **The pros and cons of plant estrogens for menopause.** *Journal of Steroid Biochemistry and Molecular Biology*, v. 139, p. 225–236, 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.jsbmb.2012.12.004>>.

BRASIL. **Manual de Atenção à Mulher no Climatério / Menopausa.** Brasília-DF 2008: [s.n.], 2008. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/editora>>.

BRÓNCZYK-PUZOŃ, Anna e colab. **Guidelines for dietary management of menopausal women with simple obesity.** *Przegląd Menopauzalny*, v. 14, n. 1, p. 48–52, 2015.

CARPENTER, Janet e colab. **Nonhormonal management of menopause-Associated vasomotor symptoms: 2015 position statement of the North American Menopause Society.** *Menopause*, v. 22, n. 11, p. 1155–1174, 2015.

CHEN, M. N. e LIN, C. C. e LIU, C. F. **Efficacy of phytoestrogens for menopausal symptoms: A meta-analysis and systematic review.** *Climacteric*, v. 18, n. 2, p. 260–269, 2015.

DESMAWATI, Desmawati e SULASTRI, Delmi. **A Phytoestrogens and Their Health Effect.** *Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences*, v. 7, n. 3, p. 495–499, 2019.

DEW, Tristan P. e WILLIAMSON, Gary. **Controlled flax interventions for the improvement of menopausal symptoms and postmenopausal bone health.** *Menopause*, v. 20, n. 11, p. 1207–1215, 2013.

DUNNERAM, Yashvee e colab. **Dietary intake and age at natural menopause: Results from the UK Women's Cohort Study.** *Journal of Epidemiology and Community Health*, v.

72, n. 8, p. 733–740, 2018.

DUVAL, K e colab. **Effects of the menopausal transition on dietary intake and appetite: a MONET Group Study.** *European journal of clinical nutrition*, v. 68, n. 2, p. 271–276, Fev 2014.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA, Febrasgo. **Manual de Climatério.** [S.l.]: Febrasgo, 2010. Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/images/arquivos/manuais/Manuais_Novos/Manual_Climaterio.pdf>.

GALLON, Carin Weirich e WENDER, Maria Celeste Osório. **Estado nutricional e qualidade de vida da mulher climatérica.** *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, v. 34, p. 175–183, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032012000400007&nrm=iso>.

HOFFMANN, Maichelei e colab. **Padrões alimentares de mulheres no climatério em atendimento ambulatorial no Sul do Brasil.** *Ciencia e Saude Coletiva*, v. 20, n. 5, p. 1565–1574, 2015.

KAUNITZ, Andrew M e MANSON, JoAnn E. **Management of Menopausal Symptoms.** *Obstetrics & Gynecology*, v. 126, n. 4, p. 859–876, 2015.

KROENKE, Candyce H e colab. **vasomotor symptoms in the Women ' s Health Initiative.** v. 19, n. 9, p. 980–988, 2013.

LEVIS, Silvina e GRIEBELER, Marcio L. **The Role of Soy Foods in the Treatment of.** *Menopause The Journal Of The North American Menopause Society*, v. 2002, n. 11, p. 10–13, 2010.

MALABANAN, Alan O. e HOLICK, Michael F. **Vitamin D and bone health in postmenopausal women.** *Journal of Women's Health*, v. 12, n. 2, p. 151–156, 2003.

MARTINAZZO, Janine e colab. **Avaliação nutricional de mulheres no climatério atendidas em ambulatório de nutrição no norte do Rio Grande do Sul, Brasil.** *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 18, n. 11, p. 3349–3356, 2013.

NEWSON, Louise. **Menopause and cardiovascular disease.** *Post reproductive health*, v. 24, n. 1, p. 44–49, Mar 2018.

NOLL, P. R.E.S. e colab. **Dietary intake and menopausal symptoms in postmenopausal women: a systematic review.** *Climacteric*, v. 0, n. 0, p. 1–11, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1080/13697137.2020.1828854>>.

POLUZZI, Elisabetta e colab. **Phytoestrogens in Postmenopause: The State of the Art from a Chemical, Pharmacological and Regulatory Perspective.** *Current Medicinal Chemistry*, v. 21, n. 4, p. 417–436, 2013.

SOLEYMANI, Mahshid e colab. **Dietary patterns and their association with menopausal symptoms: a cross-sectional study.** *Menopause (New York, N.Y.)*, v. 26, n. 4, p. 365–372, Abr 2019.

SUNITA, P e PATTANAYAK, SP. **Phytoestrogens in postmenopausal indications: A theoretical perspective**. Pharmacognosy Reviews, v. 5, n. 9, p. 41, 2011.

SUNYECZ, John A. **The use of calcium and vitamin D in the management of osteoporosis**. Therapeutics and Clinical Risk Management, v. 4, n. 4, p. 827–836, 2008.

UNIVERSITY OF CAMPINAS, UNICAMP. **Brazilian food composition table**. 4. ed. [S.l.]: Nepa – Núcleo de Estudos e pesquisas em Alimentação., 2011. v. 4.

WAWRZY尼亚K, Natalia e SULIBURSKA, Joanna. **Nutritional and health factors affecting the bioavailability of calcium: a narrative review**. Nutrition reviews, Jan 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, WHO. **Women , Ageing and Health : A Framework for Action Focus on gender Women**. [S.l: s.n.], 2007.

Marcielle da Cunha

Discente do Curso de Enfermagem do Centro Universitário Augusto Motta

Amanda Paixão Chipoleschi

Discente do Curso de Enfermagem do Centro Universitário Augusto Motta

Èvelyn Alves da Silva

Discente do Curso de Enfermagem do Centro Universitário Augusto Motta

Jéssica Alves Machado

Discente do Curso de Enfermagem do Centro Universitário Augusto Motta

Helena Portes Sava de Farias

Docente do curso de Enfermagem do Centro Universitário Augusto Motta

RESUMO

O presente trabalho foi realizado a partir do desejo aflorado de contribuição aos pacientes hipertensos e diabéticos, visto a notória necessidade de criar uma ferramenta para a ampliação da estratégia de saúde da família com o foco nesses pacientes, pois observou-se uma quantidade bastante significativa de desinformação destes sobre: os agravos de suas doenças se não tratadas e/ou controladas, a existência de programas na atenção básica frente a essas doenças crônicas e além da falta de conhecimento de quando procurar uma unidade básica de saúde (UBS) ou uma emergência hospitalar para resolução de suas demandas. Com isso, temos visto uma elevada quantidade de atendimentos nas emergências hospitalares com casos que deveriam ser atendidos nas UBS. A pesquisa desenvolvida foi bibliográfica com abordagem qualitativa, classificada de acordo com os objetivos como exploratória e descritiva. O levantamento bibliográfico foi realizado nas bases de dados disponível na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) utilizando os seguintes descritores: hipertensão, diabetes mellitus, educação em saúde e tecnologia educativa. Após utilizados alguns critérios de exclusão de artigos, foram selecionados nove que se enquadraram melhores no contexto do trabalho para desenvolver a discussão e resultados. Os resultados foram organizados em cinco categorias, com objetivo de tornar mais eficiente a discussão entre eles. Acredita-se que com a produção de tecnologias educativas como sites informativos e interativos possam repercutir positivamente na absorção de conhecimento sobre suas doenças e também empoderamento desses pacientes, devido ao envolvimento e o reconhecimento da importância da mudança do estilo de vida, tornando-os agentes de propagação da promoção de saúde. Implicações para a enfermagem: Nessa perspectiva apontamos como uma importante lacuna a ser preenchida, visto a escassez desses trabalhos frente a notória melhoria da qualidade de vida que traria para esse público.

Descritores: Hipertensão; Diabetes mellitus; Educação em Saúde; Tecnologia Educativa

INTRODUÇÃO

O presente estudo tem como meta o desenvolvimento de uma ferramenta educativa e diferenciada que amplie o acesso à população sobre Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM), destacando a importância do enfermeiro nessa função, visto que uma de suas funções profissionais desempenhadas é de educador. Ou seja, será um meio de educação em saúde pública usando a tecnologia como aliada para fornecer informações importantes visando à contribuição desde a prevenção e controle dessas doenças, consideradas crônicas não transmissíveis, como também prestando orientações aos clientes hipertensos e diabéticos de quando procurarem uma unidade básica de saúde ou uma emergência hospitalar.

A partir disso, evidenciou-se a necessidade de organização de fluxos dos locais de atendimento conforme a especificidade de cada caso, além da ampliação do conhecimento populacional sobre os programas voltados para hipertensão e diabetes ofertados na atenção primária. Com isso, traçou-se como questões norteadoras para esse estudo: Como criar uma ferramenta específica para ampliação da estratégia saúde da família com o foco na hipertensão e diabetes mellitus? Quais orientações necessárias ao paciente com hipertensão e diabetes mellitus de quando procurarem uma unidade básica de saúde (UBS) ou uma emergência hospitalar?

A hipertensão e diabetes são consideradas como um problema de saúde pública, tanto nos países em desenvolvimento, como o Brasil, quanto nos países desenvolvidos. De acordo com a pesquisa Vigitel - Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (2019): No período entre 2006 e 2019, a prevalência de diabetes passou de 5,5% para 7,4% e a hipertensão arterial subiu de 22,6% para 24,5%. Em relação à diabetes, o perfil de maior prevalência está entre mulheres e pessoas adultas com 65 anos ou mais. O mesmo perfil se aplica a hipertensão arterial, chegando a acometer 59,3% dos adultos com 65 anos ou mais, sendo 55,5% dos homens e 61,6% das mulheres (BRASIL, 2020).

A 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial realizada pela Sociedade Brasileira de cardiologia (2016): “refere que a hipertensão arterial sistêmica (HAS) está associada, como causa básica, a 75,9% dos casos de doenças cerebrovasculares, 34,3% dos casos de doença isquêmica do coração e 14,5% dos casos de diabetes”.

Partindo do princípio que ambas as doenças se tornaram uma epidemia global, traçou-se como objetivo geral: Criar uma ferramenta de acesso à informação sobre hipertensão e diabetes para a população. E como objetivos específicos: Ampliar o conhecimento populacional sobre os programas existentes na atenção primária voltado para hipertensão e diabetes; Produzir um esquema lúdico com orientações aos pacientes com HAS e DM de quando procurarem uma unidade básica de saúde ou uma emergência hospitalar; Contribuir com a massificação de informações sobre HAS e DM, além de estimular a prevenção e o controle da HAS e DM.

A pesquisa foi motivada devido à observação direta no ambiente de trabalho, no setor de classificação de risco de um Hospital Municipal do Estado do Rio de Janeiro, que os pacientes hipertensos e diabéticos que deveriam procurar uma atenção básica de saúde para resolução de suas demandas, procuravam atendimento nas grandes emergências hospitalares devido à falta de conhecimento em qual local procurar o seu atendimento; Além de ser observado que a grande maioria desses pacientes desconhecia os programas existentes na atenção primária para HAS e DM. Nota-se que a educação em saúde sobre essas doenças crônicas mencionadas é de grande valia e contribuirá de uma forma positiva frente à população, a partir disso, o desejo na autora foi aflorado.

Observou-se que a grande parte da demanda dos hipertensos e diabéticos nas emergências hospitalares eram casos de resolução na atenção básica de saúde e devido

à falta de conhecimento da população de onde procurar o atendimento, superlotavam as emergências hospitalares; Além de verificar, durante as consultas de enfermagem, que a uma porcentagem bastante significativa das pessoas que se enquadravam nesse grupo de doenças crônicas desconheciam a existência dos programas de saúde voltados para tais.

A partir do exposto no parágrafo anterior, surgiu um grande desejo de contribuir com a ampliação do conhecimento sobre a hipertensão e diabetes junto à população, na perspectiva de desenvolver uma ferramenta educativa voltada para essas temáticas, visando um aumento do acesso à informação frente a essas patologias, visto que, elas podem interferir na vida do indivíduo negativamente como sequelas ou até a morte, se não forem prevenidas e/ou controladas.

Segundo IBGE (2013): o Percentual de domicílios com telefone móvel celular no ano de 2013 era de 44,1% e os domicílios com acesso à internet nesse mesmo ano era de 77,1%, tendo um aumento significativo pelo mesmo órgão no ano de 2018, passando para 93,2% e 79,1% respectivamente. Observa-se assim que com esse expressivo número da população em posse de um telefone móvel e de acesso à internet, facilitará no acesso das informações disponibilizadas, pois estará no alcance de suas próprias mãos, sem necessidade de sair de casa. Acredita-se no aumento da abrangência de maior quantidade de pessoas para os conteúdos ofertados.

REFERENCIAL TEÓRICO

HIPERTENSÃO

A hipertensão arterial (HA) é um grave problema de saúde pública no nosso País e também em todo o Mundo. No Brasil, no período de 2019, os óbitos por causas evitáveis de 5 a 74 anos por hipertensão essencial (CID-10) foram 11.239, variando de 576 na Região Norte, 630 na Região Centro-Oeste, 1.598 Região Sul, 2.832 Região Nordeste e finalizando com 5.603 na Região Sudeste (BRASIL, 2019). Estima-se que em 2030, quase 23,6 milhões de pessoas morrerão de doenças cardiovasculares (WORLD HEALTH ORGANIZATION 2011 apud RADOVANOVIC et. al., 2014).

De acordo com Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (2019) a proporção de indivíduos de 18 anos ou mais que referiram diagnóstico de hipertensão arterial no Brasil foi de 23,9%. A análise realizada por grandes regiões mostra que o diagnóstico médico de hipertensão arterial foi menor na Região Norte com 16,8% e maior na Região Sudeste que apresentou 25,9%. Vale lembrar que a HA, se não tratada e/ou controlada adequadamente aumenta o risco de desenvolver doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais, além dos custos socioeconômicos elevados que aparecem como consequência.

A Sociedade Brasileira de Cardiologia- SBC (2016) descreve a HA como: “uma condição crônica multifatorial, caracterizada por níveis de pressão arterial elevados e sustentados, sendo a sistólica ≥ 140 mmHg e/ou a diastólica ≥ 90 mmHg”. Além disso, ela cita os principais fatores de risco associados à hipertensão: idade (quanto mais idade maior o risco), sexo (feminino é o maior risco), raça (negra é de maior risco), excesso de peso, ingestão de sal, consumo excessivo de álcool, tabagismo, sedentarismo, fatores socioeconômicos (quanto menor a renda, maior o risco) e finalizando com os fatores genéticos.

Por ser uma doença crônica com grande prevalência e com graves complicações, o controle da HAS é essencial e deve ser mantido durante toda a vida, o que mostra a necessidade de sensibilizar as pessoas para o tratamento contínuo e o autocuidado. A partir desse entendimento, é fundamental a utilização de estratégias de ensino-aprendizagem e o desenvolvimento de ferramentas que possam contribuir para as ações de educação em

saúde que proporcionem condições para mudanças concretas (RADOVANOVIC et al., 2014).

As estratégias para prevenção do desenvolvimento da HA é necessário e deve englobar políticas públicas de saúde juntamente com ações das sociedades médicas e dos meios de comunicação. O objetivo deve ser estimular o diagnóstico precoce, o tratamento contínuo, o controle da PA e de fatores de risco (FR) associados, por meio da modificação do estilo de vida (MEV) e/ou uso regular de medicamentos (SBH, 2016).

O tratamento para hipertensão é dividido em medicamentoso e não medicamentoso. As medidas não medicamentosas têm se mostrado bastantes eficazes na redução da PA, apesar de limitadas devido à baixa adesão à estas ou até mesmo a perda de adesão a médio e longo prazo. Para Abreu e Portela (2015):

Um dos maiores desafios apresentados para o controle da pressão arterial (PA) é a adesão ao tratamento que pode ser entendida como a extensão do comportamento do indivíduo, em termos do uso do medicamento, cuidados com a alimentação, realizar mudança no estilo de vida, prática de exercício físico, o comparecimento às consultas médicas e orientação por parte da equipe de saúde (ABREU; PORTELA, 2015).

Nessa perspectiva, o enfermeiro que é um profissional que possui conhecimento científico e tem como um dos seus ofícios ser educador, assume sua grande importância na promoção da saúde e prevenção de riscos e agravos dessa doença, visto que garante condutas que incluem desde o esclarecimento de dúvidas acerca da terapia medicamentosa até o incentivo de adaptação e de mudanças nos hábitos de vida (AGUIAR et al., 2018).

Vale lembrar que o enfermeiro faz a grande diferença nas ações de educação em saúde, pois é o profissional que mais possui contato com os pacientes, tanto na unidade básica de saúde, quanto nas unidades de atendimento emergenciais, e com isso é capaz de ter uma visão holística dos mesmos, identificando suas demandas e direcionando o cuidado conforme suas necessidades, objetivando a resolução dessas demandas apresentadas, favorecendo a compreensão sobre a doença e também a adesão ao tratamento tanto medicamentoso quanto o não medicamentoso.

O estímulo a mudança nos hábitos de saúde tem sido bastante exercido por esses profissionais visando a prevenção e redução de complicações e até mesmo de mortalidade, frente a hipertensão, que é uma doença de alta prevalência em nosso meio. Ressalta-se que essas mudanças devem ser de uma forma que respeitem experiências individuais, além de saberes e crenças, tornando a pessoa ativa em seu processo de saúde e doença, ou seja, corresponsabilizando o cliente com o seu cuidado. Com isso, acredita-se em uma melhor adesão ao tratamento preventivo, de controle e de redução de agravos.

DIABETES MELLITUS

A diabetes mellitus junto à hipertensão fazem parte das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), as quais são responsáveis pela principal causa de morte tanto no Brasil como em todo o mundo, visto que são consideradas agravos diretos ou participantes da morbimortalidade por doenças cardiovasculares. Ela é considerada uma epidemia no mundo todo e acarreta complexos desafios aos sistemas de saúde. De acordo com a Organização Mundial da Saúde, no ano de 2014, mais de 422 milhões de pessoas no mundo possuíam diabetes. Em 2016, estima-se que 1,6 milhão de pessoas morreram por causa direta da doença (WHO, 2020).

De acordo com Ministério da Saúde, através dos dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade-SIM (2019), os óbitos por causas evitáveis de 5 a 74 anos no ano de

2019 por diabetes mellitus não-insulino-dependente (CID E11) foram 5.294, variando de 589 na Região Centro-Oeste, 614 na Região Norte, 988 na Região Sul, 1.531 na região Nordeste e finalizando na Região Sudeste com 1.572 óbitos. Já a Diabetes Mellitus NE (não especificada) sob CID E14, totalizaram 27.426, variando da Região Centro-Oeste que obteve a menor quantidade de óbitos com 1.581 e a Região Sudeste com total de 11.737, sendo a região com maior quantidade de óbitos no nosso país.

Em 2019, a Pesquisa Nacional de Saúde do IBGE, estimou que 7,7% da população de 18 anos ou mais de idade referiram diagnóstico médico de diabetes no Brasil. A Região Norte foi a que apresentou a menor proporção, 5,5% neste indicador, enquanto a Região Sudeste obteve 8,5%, ocupando a região de maior proporção.

De acordo com a Sociedade Brasileira de Diabetes (2017):

O aumento da prevalência do diabetes está associado a diversos fatores, como: rápida urbanização, transição epidemiológica, transição nutricional, maior frequência de estilo de vida sedentário, maior frequência de excesso de peso, crescimento e envelhecimento populacional e, também, à maior sobrevivência dos indivíduos com diabetes (SDB, 2017).

Ainda conforme a SBD (2017), como consequência de uma combinação de fatores, incluindo o baixo desempenho dos sistemas de saúde, a pouca conscientização sobre diabetes entre a população geral e os profissionais de saúde e o início insidioso dos sintomas ou progressão do diabetes tipo 2, que podem permanecer sem ser detectada por um longo tempo e até mesmo por vários anos, vêm aumentando significativamente a possibilidade do desenvolvimento de suas complicações.

A American Diabetes Association (2016) refere que:

A complexidade impressa no processo saúde/doença do Diabetes mellitus (DM), demarcada pela sua expressiva prevalência, alta morbimortalidade e imensos custos gerados à vida das pessoas acometidas, sua família, sociedade e sistema de saúde, requer que as pessoas tenham conhecimentos que possibilitem a gestão adequada da doença (ADA,2016).

Nota-se a necessidade de estabelecimento e desenvolvimento de novas e fortes parcerias entre a sociedade civil e os órgãos governamentais, para que haja uma maior corresponsabilidade em ações voltadas para a prevenção, detecção e controle do diabetes, visando a obtenção de sucesso no controle desse agravo. Essas novas estratégias devem promover um estilo de vida saudável e mudanças de hábitos em relação ao consumo de determinados alimentos, bem como estimular a atividade física. (FERNANDES et al, 2016).

O conceito de Diabetes mellitus (DM) é descrito pelo Ministério da Saúde (2018) como: “Uma doença endócrino-metabólica de etiologia heterogênea, que envolve fatores genéticos, biológicos e ambientais, caracterizada por hiperglicemia crônica, resultante de defeitos na secreção ou na ação da insulina”.

A Sociedade Brasileira de Diabetes (2019-2020) classifica a diabetes mellitus dividindo em: DM tipo 1 (Tipo 1A, o qual ocorre a deficiência de insulina por destruição autoimune das células β e Tipo 1B, a qual ocorre a deficiência de insulina de natureza idiopática); DM tipo 2, a qual ocorre a perda progressiva de secreção insulínica combinada com resistência à insulina; DM gestacional, a qual a hiperglicemia de graus variados é diagnosticada durante a gestação, na ausência de critérios de DM prévio e outros tipos de DM como secundária a doenças e/ou uso de medicamentos. Além disso, cita os sintomas clássicos de hiperglicemia: poliúria, polidipsia, polifagia e emagrecimento.

Acredita-se que a educação em diabetes é a principal ferramenta para a garantia do autocuidado que permitirá o autocontrole por parte do paciente. Os principais objetivos da educação em diabetes são: Diminuir as barreiras entre as pessoas com diabetes, seus familiares, as comunidades e os profissionais da saúde; incentivar a autonomia das pessoas com diabetes quanto aos seus hábitos no trato com a doença; Visar a melhora dos resultados clínicos; Prevenir ou retardar o aparecimento do diabetes ou de suas complicações agudas e crônicas e promover uma melhor qualidade de vida (SDB, 2015).

Em 2019, o gasto total com saúde relacionado ao diabetes em todo o mundo foi estimado em US \$ 760 bilhões em adultos de 20 a 79 anos, com a maioria dos gastos entre aqueles de 50 a 79 anos (68,7% disso para todas as idades). Estima-se que os gastos com saúde cresçam para US \$ 825 bilhões por ano até 2030 e US \$ 845 bilhões até 2045 (WILLIAMS et al, 2020).

A partir dos dados acima, percebe-se que a diabetes causa um impacto econômico significativo, devido principalmente aos gastos com suas complicações agudas e de longo prazo. A predominância da causa desses gastos, são devido aos altos custos das internações hospitalares frente essas complicações. Nota-se que muitas dessas complicações podem ser evitadas, ou pelo menos reduzida e/ou retardadas, e que consequentemente esse impacto econômico reduziria drasticamente também, podendo assim desviar recursos para medidas preventivas ou para outras prioridades de saúde.

De acordo com Williams et al (2020) informações precisas e abrangentes sobre o fardo econômico do diabetes podem ajudar os formuladores de políticas e a equipe de saúde a tomar decisões para o planejamento dos recursos necessários para intervenções a prevenção do diabetes ou retardar sua progressão, bem como avaliar os benefícios dessas intervenções. Essas informações também podem ajudar as associações nacionais de diabetes para fins de obtenção de recursos necessários para prevenir e controlar o diabetes, melhorando assim a saúde e o bem-estar das pessoas que vivem com diabetes e em risco de desenvolvimento.

Vale ressaltar que mediante as estatísticas sobre mortes relacionadas a diabetes, especialmente sobre morte prematura, podem ajudar os profissionais de saúde e autoridades a priorizar suas ações de saúde pública e apoiar abordagens eficazes para a prevenção do diabetes e suas complicações visto que, essas mortes prematuras poderiam ter sido evitadas caso tivesse um investimento massivo visando prevenção ou detecção precoce do diabetes mellitus tipo 2, além do gerenciamento aprimorado de todas as formas de diabetes e dessas complicações.

As pessoas com condições crônicas e seus familiares convivem com seus problemas diariamente por longo tempo, ou toda a vida. É fundamental que estejam muito bem-informadas sobre suas condições, motivadas a lidar com elas e adequadamente capacitadas para cumprirem com o seu plano de tratamento. Precisam compreender sua enfermidade, reconhecer os sinais de alerta das possíveis complicações e saber como e onde recorrer para responder a isso. Os resultados alcançados são menos sintomas, menos complicações, menos incapacidades (BRASIL, 2014).

Como sabemos, o autocuidado é de grande importância tanto para a prevenção da diabetes quanto para o controle e minimização de complicações da doença, conforme o Ministério da Saúde (2014):

O autocuidado não deve ser entendido como exclusiva responsabilidade do indivíduo e de sua família, mesmo que estes tenham que compreender e aprender a desenvolver atividades que competem somente a este raio de relação. O autocuidado é também responsabilidade do profissional e das instituições de Saúde, já que estamos falando em dialogar sobre as necessidades de cuidado da pessoa em relação à sua condição crônica (BRASIL, 2014).

Com o decorrer das pesquisas realizadas, nota-se que estudos têm demonstrado a eficácia da implementação de programas de educação em diabetes que se conectam diretamente com a atenção primária, na melhora dos resultados clínicos e comportamentais relacionados com a doença. A educação em diabetes passa, então, a ser conceituada como um processo sobre condições de vida e saúde, alterando a qualidade de vida, propiciando mudanças individuais, coletivas e institucionais.

EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Poucos pacientes demonstram algum conhecimento sobre o funcionamento do Programa Saúde da família, conforme visto na ocasião da consulta de enfermagem vivenciada pela autora. Esse desconhecimento se traduz na grande demanda espontânea, tanto nas grandes emergências hospitalares, como nas atenções primárias de saúde, dificultando o atendimento prestado no que se refere à forma como são conduzidas as consultas. Assim, explica-se o porquê do aumento de filas e tumulto, principalmente nos locais de pronto atendimento quanto nos hospitais, com casos que poderiam ser resolvidos ambulatoriamente (FONSECA, 2014).

A educação em saúde é um tema que apresenta interesse mundial há muito tempo e que tem como prioridade a implantação de estratégias e ações de promoção à saúde. Acredita-se que o maior desafio encontrado na atenção primária, em especial, nas unidades de saúde da família, estão no baixo nível de informação da população sobre a função da Estratégia saúde da família.

A partir disso, nota-se a grande necessidade de um instrumento que possa auxiliar a população, dispensando conhecimento sobre hipertensão e diabetes, que possa ser acessado de qualquer lugar que a pessoa esteja, na tentativa de aumentar o acesso às informações relevantes sobre essas doenças, para que ocorra o aprendizado da importância da atenção básica na promoção de saúde e prevenção de doenças, além de contribuir no direcionamento de quando procurarem atendimento e em qual lugar se direcionar para a resolutividade dos casos que necessitem de ações terapêuticas.

Os autores Salci; Meirelles e Silva (2018), relatam a fragilidade da educação em saúde às pessoas com DM, pois as atividades educativas não são tomadas como referência na atuação dos profissionais, pois a grande maioria as considera não efetivas. E essa desvalorização ocorre em detrimento da supervalorização das atividades centradas no atendimento médico.

American Diabetes Association - Associação Americana de Diabetes (2016) descreveu que a prática de atividades e ações que contemplassem educação em saúde eram pouco expressivas no contexto assistencial para que as pessoas com DM pudessem exercer o autocuidado e gerir a doença. Essa situação demarca uma contradição àquilo que os estudos e políticas evidenciam, pois existe um consenso de que toda ação educativa visa capacitar as pessoas para o desenvolvimento de habilidades individuais para lidar com o enfrentamento do processo patológico e ampliar as possibilidades de controle das doenças, prevenção de agravos, reabilitação e tomada de decisões que favoreçam uma vida saudável.

Medidas educativas são importantes e necessárias, mesmo assim, observamos a precariedade dessas em nosso meio, faz-se necessário estimular essa área tão pouco explorada. A partir desse estímulo terá um resultado bastante positivo para toda população, além de uma redução significativa orçamental para o governo, pois o fornecimento de informações de medidas preventivas como estímulo a mudanças de estilo de vida e conhecimento sobre fatores de risco para doença cardiovasculares impactaria diretamente nos índices de morbimortalidade que possuímos em nosso país.

De acordo com a American Diabetes Association (2015):

No contexto da DM e da prevenção das complicações crônicas, considerando a complexidade que envolve a doença e seus tratamentos, ações que envolvem educação em saúde são de extrema importância para que as pessoas alcancem e obtenham sucesso no controle da doença (ADA, 2015).

A educação em saúde deve ser resgatada e valorizada como um instrumento de trabalho fundamental para assistir as pessoas com DM, justificado por todas as especificidades da doença e as demandas geradas por elas, para um controle efetivo e integral, que seja capaz de alcançar a prevenção das complicações crônicas (SALCI; MEIRELLES E SILVA, 2018).

Em 2006, com a lei federal 11.347, que o Estado brasileiro se preocupou de fato com a educação do paciente com diabetes. A lei, regulamentada pela Portaria 2.583 do Ministério da Saúde (2007), vincula a disponibilização de medicamentos e insumos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) à participação de pessoas com diabetes em programas de educação promovidos pelas unidades de saúde do SUS. Tais programas segundo a portaria, devem abordar: componentes do cuidado clínico, incluindo a promoção da saúde, o gerenciamento do cuidado e as atualizações técnicas relativas ao diabetes mellitus, sempre tendo como objetivo desenvolver a autonomia do paciente para o autocuidado (SDB, 2015-2016).

Vale ressaltar a grande importância das abordagens inovadoras de educação em saúde, na tentativa de promover uma maior adesão ao tratamento dessas doenças crônicas, pois a grande maioria dos pacientes sentem-se desmotivados para realizar as mudanças necessárias, devido à cronicidade das doenças já instaladas e devido à ausência de sintomas agudos, os portadores se acomodam às condições de cronicidade dessas doenças.

Além disso, a educação em saúde é válida tanto para quem possui as doenças crônicas citadas acima, quanto para quem não as possuem, pois estimulam hábitos saudáveis, práticas de exercícios que promove melhor qualidade de vida englobando toda a população, não apenas determinados tipos de pessoas, pois essas práticas servem de prevenção dessas doenças e também como controle para tais.

TECNOLOGIA EDUCACIONAL

Alguns anos atrás, os aparelhos celulares serviam apenas para realizar e receber ligações e/ou mensagens, e com o decorrer dos anos foram ganhando novas utilidades; suas funções foram ampliadas com serviços que possibilitam a seus usuários assistir vídeos, ler livros eletrônicos, acessar mapas, navegar nas redes sociais, compartilhar informações, e muitas outras atividades a mais. A partir disso, a utilização e o estudo de tecnologias de informação e comunicação (TICs) para a saúde vêm ganhando força mundial e impacto na ciência baseada em evidências.

Conforme Feoli e Gottlieb (2016):

Nas últimas décadas, as mudanças no perfil epidemiológico das populações e o surgimento e aprimoramento de novas tecnologias têm culminado em estratégias diversificadas de atenção à saúde. Este cenário expande a discussão acerca das inovações na intervenção em saúde e promove ações que resultam em um impacto positivo, possibilitando desde a maior disponibilidade de informações sobre prevenção de doenças e promoção da saúde para a população em geral, até a ampliação da assistência a indivíduos que vivem em áreas de difícil acesso (FEOLI; GOTTLIEB, 2016).

Os avanços na área das Tecnologias da Informação e Comunicação [TICs] têm permitido mudanças constantes e, quase sempre, favoráveis em diversas áreas do conhecimento, com destaque para o campo dos cuidados e da promoção da saúde que tem se beneficiado com as possibilidades ofertadas, a partir desse processo. Atualmente se percebe um relevante movimento que promove a visão integral e participativa do indivíduo, empoderamento, facilitando sua maior implicação e responsabilidade no tratamento (WILDEVUUR e SIMONSE, 2015).

Nota-se que a eficácia entre a vínculo realizado entre a tecnologia educacional e os pacientes com doenças crônicas não transmissíveis são de grande valia, pois observa-se através de leituras de trabalhos científicos que tem tido resultados bastantes benéficos, uma vez que estímulos são dispensados para chamarem atenção desses pacientes para que participem de atividades educativas, a qual reforça e favorece a necessidade de implementação de mudanças de hábitos de vida.

Vale ressaltar que através das ofertas de conhecimento disponibilizada pela educação em saúde aliada a tecnologia, indivíduos portadores de doenças crônicas conseguem assimilar e adaptar-se com sucesso à sua doença e a partir daí cria um autogerenciamento sob as mesmas; Com isso, são capazes de lidar com sua vida com algum grau de independência, apesar de sua condição médica, são capazes de participar de atividades sociais, incluindo trabalho e sentir-se saudáveis, apesar de suas limitações.

Os smartphones permitem a utilização de uma gama de aplicativos, e o mercado disponibiliza os mais variados tipos, desde os que possuem a função de entretenimento até aqueles que buscam orientar pacientes e profissionais de saúde quanto ao cuidado e manutenção da saúde. O desenvolvimento de Apps com finalidade terapêutica é uma realidade que deve ser explorada em toda a sua amplitude tanto pelos pacientes quanto pela equipe multiprofissional (GEORGE; DECRISTOFORO 2016).

Conforme mencionado anteriormente, houve um aumento significativo do uso de telefones móveis e de acesso à internet. Segundo IBGE (2013): “O Percentual de domicílios com telefone móvel celular passou de 44,1% no ano de 2013 e os domicílios com acesso à internet nesse mesmo ano era de 77,1%. Já em 2018 esses percentuais modificaram-se para 93,2% e 79,1% respectivamente. Observa-se assim, uma maior facilidade de acesso a diversas informações, inclusive de saúde, no alcance de suas próprias mãos.

Atualmente, a internet se caracteriza como um meio amplo de produção de ideias e principalmente, um importante veículo para a disseminação de toda e qualquer informação, com diversas temáticas, não somente para os usuários da internet, mas para a população em geral, pois aqueles que têm acesso virtual acabam por ser propagadores dessas informações [PENG et al. 2016].

O espaço virtual não apresenta restrições e nem limitações e, por se caracterizar desta forma, se torna um meio extremamente propício para as práticas de educação em saúde; estas podem ocorrer através de diversos recursos de mídias, tais como: imagens, vídeos e sons, carregados com importantes conteúdos sobre saúde (TENÓRIO et al. 2014).

Muitos estudos confirmaram a eficácia, em vários aspectos, do uso de aplicativos móveis para a autogestão de práticas de saúde, mas ressaltaram a importância da necessidade de elementos motivadores que gerem maior adesão dos participantes a tratamentos novos, interativos e auxiliares da terapêutica convencional, pois ainda é grande a resistência desses usuários ao acompanhamento regular dos mais diversos tipos de tratamento (JO et al. 2017).

Conforme Edwards et al (2016):

A produção de aplicativos para celulares (Apps) se tornou um facilitador dessas práticas, a partir do momento em que o uso de celulares smartphones e o acesso

fácil à internet nos grandes centros urbanos, através da conexão sem fio (wi-fi), foram incorporados na rotina da população (EDWARDS et al. 2016).

O maior acesso e uso de smartphones permite que práticas de promoção à saúde possam ser desenvolvidas e transmitidas, quase que em tempo real aos seus usuários. Os aplicativos de saúde seguem a teoria da mudança do comportamento, ou seja, motivam os seus usuários com o apoio de dispositivos digitais, gerenciados por profissionais ou pesquisadores, a melhoria da saúde [MARTIN et al. 2016].

Vale lembrar que o uso da internet tem permitido atingir grande número de pessoas e de uma forma nunca antes imaginada, na transmissão e processamento de informações. A inserção do ambiente virtual na vida da população em geral é uma realidade mundial e representa uma importante ferramenta voltados aos cuidados da saúde, auxiliando assim, os programas existentes na atenção básica frente a hipertensão e diabetes que muitas das vezes são desconhecidos e/ou não frequentados por inúmeras razões e com a disponibilidade das informações na palma da mão, a interface ensino-aprendizado pode ser melhor explorada visando uma melhor qualidade de vida a população frente aos conhecimentos que serão adquiridos.

METODOLOGIA

Essa pesquisa do ponto de vista dos procedimentos técnicos é caracterizada como uma pesquisa bibliográfica, a qual se baseia nos estudos científicos já publicados. Para Andrade (2017): A pesquisa bibliográfica tanto pode ser um trabalho independente como construir-se no passo inicial de outra pesquisa. Já que todo trabalho científico pressupõe uma pesquisa bibliográfica preliminar. Para Martins e Theóphilo (2016, p. 52), a pesquisa bibliográfica:

Trata-se de estratégia de pesquisa necessária para a condução de qualquer pesquisa científica. Uma pesquisa bibliográfica procura explicar e discutir um assunto, tema ou problema com base em referências publicadas em livros, periódicos, revistas, enciclopédias, dicionários, jornais, sites, CDs, anais de congressos etc. Busca conhecer, analisar e explicar contribuições sobre determinado assunto, tema ou problema. A pesquisa bibliográfica é um excelente meio de formação científica quando realizada independentemente – análise teórica – ou como parte indispensável de qualquer trabalho científico, visando à construção da plataforma teórica do estudo (MARTINS; THEÓPHILO, 2016).

Conforme o ponto de vista da forma de abordagem do problema é classificada como pesquisa qualitativa, a qual faz avaliação através de conceitos, não utilizando dados com números. Numa perspectiva ampliada, Amado (2015, p. 57-58) descreve:

Investigação qualitativa consiste numa pesquisa sistemática, sustentada em princípios teóricos (multiparadigmáticos) e em atitudes éticas, realizada por indivíduos teórica, metodológica e tecnicamente informados e treinados para o feito. Esta pesquisa tem como objetivo junto dos sujeitos a investigar (amostras não estatísticas, casos individuais e casos múltiplos) a informação e a compreensão (o sentido) de certos comportamentos, emoções, modos de ser, de estar e de pensar; modos de viver e de construir a vida; trata-se de uma compreensão que se deve alcançar tendo em conta os contextos humanos (institucionais, sociais e culturais) em que aqueles fenómenos de atribuição de sentido se verificam e tornam únicos (perspectiva naturalista, ecológica (AMADO, 2015).

Já do ponto de vista de seus objetivos, é classificada como exploratória e descritiva. A pesquisa exploratória é aquela que o autor quer conhecer mais profundamente o tema; De acordo com Gil (2019):

As pesquisas exploratórias têm como propósito proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a construir hipóteses. Seu planejamento tende a ser bastante flexível, pois interessa considerar os mais variados aspectos relativos ao fato ou fenômeno estudado (GIL,2019).

A pesquisa descritiva é mencionada como pesquisas que têm como objetivo descrever características de uma população ou fenômeno. Opiniões, atitudes, valores e crenças são comuns serem investigadas por esse tipo de estudo. Ocupam-se de averiguar a correlação entre variáveis, como por exemplo o caso das pesquisas eleitorais que são realizadas e que se ocupam de relacionar nível socioeconômico e de escolaridade como preferência político-partidária; Ou seja, estuda as características de um determinado grupo, levantando opiniões e verificando o nível de atendimento de um determinado setor (MEDEIROS, 2019).

O levantamento bibliográfico foi realizado nas bases de dados disponível na Biblioteca Virtual de saúde (BVS); Na busca inicial foram utilizados os seguintes descritores: Hipertensão, diabetes mellitus, educação em saúde e tecnologia educacional; Foram encontrados 06 artigos completos disponíveis, quando utilizado o filtro de seleção conforme o intervalo do ano de publicação com os artigos dos últimos 5 anos diminuíram para 04 artigos, sendo excluídos quando selecionado o idioma português, pois 01 era em espanhol e 3 em inglês.

Já com os descritores: hipertensão, diabetes e educação em saúde foram encontrados 1040 artigos, quando aplicado o filtro de textos completos reduziu para 661, usado o segundo filtro com a publicação dos últimos 5 anos, houve uma diminuição para 167 trabalhos. O terceiro filtro selecionado foi o idioma, colocando os textos somente em português reduzindo um pouco mais:74 artigos. Utilizado o filtro assunto principal e selecionado hipertensão, diabetes mellitus e educação em saúde, obtendo 48 artigos. Após uma breve leitura dos resumos disponíveis foram excluídos 29 artigos, mantendo 19 deles para releitura.

Logo após foi realizado um levantamento dos artigos com descritores: hipertensão, diabetes mellitus e tecnologia educacional encontrando 07 artigos totais, aplicado o filtro do intervalo do ano de publicação de 2016 Á 2021, reduzindo para 05 artigos, selecionando assunto principal como hipertensão, diabetes mellitus e tecnologia da informação foi obtido apenas 01 artigo, idioma espanhol.

No total das buscas foi finalizado com 20 artigos, foi realizada uma releitura, sendo lido na íntegra e selecionado os artigos os quais foram considerados que mais se enquadrava com o contexto do trabalho. Vale lembrar que os descritores foram definidos a partir da terminologia em saúde consultada no decs: hipertensão, diabetes mellitus, educação em saúde e tecnologia educacional.

Tabela 1: Artigos selecionados

Título do Artigo	Ano	Autores	Revistas	Categoria
Abordagem dinâmica das complicações do diabetes mellitus e da hipertensão arterial quando negligenciadas: um relato de experiência	2018	SILVA et al	Revista Ciência Plural. 2018; 4(1):36-43	1
Consulta de enfermagem para pessoas com diabetes e hipertensão na atenção básica: um relato de experiência	2017	ENCARNAÇÃO; SANTOS e HELIOTÉRIO	Rev. APS. 2017 abr/jun; 20(2): 273 - 278.	1
Percepção dos usuários sobre os grupos de educação em saúde do pet - vigilância em saúde	2016	STREHLOW et al	J. res.: fundam. care. online 2016. abr./jun. 8(2):4243-4254	1

Fatores relacionados ao diabetes mellitus que podem influenciar no autocuidado.	2020	SOUZA et al	Revista Nursing, 2020; 23 (268): 4580-4588	2
Evidências clínicas para hipertensos e diabéticos na saúde da família	2018	COSTA e DURAN	Rev enferm UFPE on line., Recife, 12(8):2194-204, ago., 2018	2
Fortalecendo a longitudinalidade do cuidado aos sujeitos participantes do programa Hiperdia	2019	VALE et al	Rev. APS. 2019; abr./jun.; 22 (2)	3
Educação popular como orientadora de grupos de promoção à saúde de pessoas com hipertensão e diabetes na atenção básica: caminhos e aprendizados com base em uma experiência	2018	CRUZ et al	Rev. APS. 2018 jul/set; 21(3): 387 - 398	3

Fonte: Produzida pelos autores (2021)

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após a releitura dos artigos na íntegra e avaliação destes, foram divididos em quatro categorias, com objetivo de tornar mais organizado e mais eficiente a discussão entre eles.

Categoria 1: A importância da educação em saúde para pacientes hipertensos e diabéticos

A primeira categoria foi realizada com base em três artigos intitulados: “Abordagem dinâmica das complicações do diabetes mellitus e da hipertensão arterial quando negligenciadas: um relato de experiência”, “Consulta de enfermagem para pessoas com diabetes e hipertensão na atenção básica: um relato de experiência” e a “Percepção dos usuários sobre os grupos de educação em saúde do PET - vigilância em saúde”.

O primeiro artigo intitulado “ Abordagem dinâmica das complicações do diabetes mellitus e da hipertensão arterial quando negligenciadas: um relato de experiência” afirma que a educação em saúde é o principal instrumento de mudança nos indicadores atuais de mortalidade devido às doenças crônicas não transmissíveis e que através da informação e do conhecimento adquirido sobre suas doenças, os hipertensos e diabéticos, serão capazes de entender que assumindo novos hábitos de vida estará prevenindo os agravos que são desenvolvidos por essas doenças se não tratadas e/ou controladas. Silva et al (2018) reforça que:

A ação educativa passa a ser realizada de uma forma lúdica, estimulando no usuário a sua criticidade e capacidade transformadora, em que todos os sujeitos envolvidos se tornem ativos no processo ensino-aprendizagem, visando suprir as demandas expostas pela realidade subjetiva de cada indivíduo. Dessa forma, pressupõe-se que, a partir da informação recebida e do interesse demonstrado durante a atividade, os usuários serão capazes de tomar as melhores decisões para a prevenção de agravos da HAS e da DM, bem como poderão assumir novos hábitos e condutas (SILVA et al, 2018).

Esse trabalho relata a importância da educação em saúde na adesão do tratamento para hipertensão e diabetes uma vez que ambas podem trazer complicações como consequência se não tratadas. O trabalho refere também que há uma grande quantidade de óbito que ocorre devido essas doenças e que esse resultado poderia ser diferente visto que a grande maioria por fatores de risco são modificáveis como o sedentarismo, alimentação inadequada, tabagismo, consumo excessivo de álcool, entre outros. Na

discussão foi relatado que houve bastante êxito o incentivo aos grupos de hipertensos e diabéticos, sendo colocado em prática através da educação em saúde as formas de prevenção da doença e das complicações, entre elas a reeducação alimentar e a prática de exercícios físicos regulares.

O segundo artigo é intitulado: “Consulta de enfermagem para pessoas com diabetes e hipertensão na atenção básica: um relato de experiência”, esse trabalho possui como objetivo melhorar a adesão dos usuários com diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica às consultas de Enfermagem, as quais são consideradas bastante importantes para o processo da educação em saúde, na medida que ocorre o acompanhamento contínuo desses usuários que vivem com o HAS e DM, além do acolhimento com uma escuta qualificada, orientando e acompanhando para a resolução das suas necessidades reais, favorecendo o retorno da credibilidade do serviço. Através dessas consultas, o profissional reforça as ações de educação em saúde criando um ensino dinâmico e renovador na tentativa de formar uma consciência crítica e reflexiva sobre o processo saúde-doença nesse público. Encarnação; Santos e Heliotério (2017) relata:

De acordo com o Ministério da Saúde, a assistência de enfermagem para a pessoa com diabetes mellitus (DM) e hipertensão arterial sistêmica (HAS) precisa estar voltada para um processo de educação em saúde, que auxilie o indivíduo a conviver melhor com a sua condição crônica. Baseado nessa orientação, durante as consultas foi esclarecida a percepção de risco do usuário, a fim de torná-lo corresponsável pelo seu cuidado (ENCARNAÇÃO; SANTOS e HELIOTÉRIO, 2017).

Esse artigo mostra a importância da consulta de enfermagem para a educação em saúde na estratégia saúde da família. É nesse exato momento, durante a consulta, que o profissional enfermeiro orienta os pacientes quanto a sua doença e seus agravos, levando a conscientização da necessidade de mudança de estilo de vida como parte do tratamento da diabetes e da hipertensão. A importância do processo de reeducação alimentar e a prática de exercícios físicos regulares são massificados, tornando-os corresponsáveis pelo seu próprio cuidado e resultados obtidos.

O terceiro artigo é intitulado: “Percepção dos usuários sobre os grupos de educação em saúde do PET - vigilância em saúde”. Esse texto discorre sobre a proposta dos grupos de educação em saúde realizados pelo Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – Vigilância em Saúde (PET/VS). O eixo trabalhado foi a ‘Educação em saúde interdisciplinar: uma proposta de redução da morbimortalidade nas doenças crônicas não transmissíveis’. Esse trabalho auxilia para descrição e divulgação sobre intervenções desenvolvidas para pacientes com hipertensão e diabetes, visando fornecer conhecimento a esses pacientes para melhoria da qualidade de vida dos mesmos. De acordo com Strehlow et al (2016):

A educação em saúde contemporânea envolve mais do que a mera informação, é um instrumento de promoção da saúde, alicerçada no empoderamento, no protagonismo, na cogestão como meios para o alcance de melhores condições de vida e bem-estar, com foco nos determinantes e condicionantes de saúde (STREHLOW et al, 2016).

A manutenção de uma boa qualidade de vida é um dos grandes desafios para os pacientes com hipertensão e diabetes, pois é a principal maneira de prevenção de agravos advindo dessas doenças. Com isso, torna-se a principal estratégia adotada pelos grupos destinados a promoção da saúde.

A partir dessa perspectiva, utilizam as atividades de educação em saúde para o processo de aprendizagem principalmente através da sensibilização desses pacientes para

que adotem as idas regulares a esses grupos que são capacitados para orientar sobre suas doenças e melhor forma de evitar complicações futuras. Vale ressaltar, que o paciente possui o papel principal frente a construção do seu bem estar.

Categoria 2: A importância da atuação do enfermeiro como educador em saúde: desenvolvimento da autonomia dos pacientes hipertensos e/ou diabéticos a partir do conhecimento sobre suas doenças e o incentivo ao autocuidado.

A segunda categoria foi realizada com base em 02 dois artigos intitulados: “Evidências clínicas para hipertensos e diabéticos na saúde da família” e “Fatores relacionados ao diabetes mellitus que podem influenciar no autocuidado”

O primeiro artigo intitulado: “ Evidências clínicas para hipertensos e diabéticos na saúde da família”, refere que a atenção diferenciada à educação em saúde frente a hipertensão e a diabetes mellitus é de extrema importância , visto que essas doenças crônicas são um real problema de saúde pública, que deve ser acompanhado e controlado de perto pelos profissionais de saúde, principalmente o enfermeiro da atenção básica, pois conforme não for dada a devida importância, comprometem diretamente a qualidade de vida desses pacientes.

No decorrer do texto, nota-se a grande importância do papel do enfermeiro frente o processo ensino-aprendizagem, pois somos nós, enfermeiros, os principais responsáveis pela educação em saúde, a qual está associada diretamente a promoção de saúde, prevenção de agravos e reabilitação. Costa e Duran (2018) destaca em seu artigo que:

O enfermeiro, na ESF, presta cuidado individual e coletivo desenvolvendo ações de consulta de Enfermagem nos diferentes ciclos de vida. Particularmente, neste estudo, esse cuidado envolve usuários hipertensos e diabéticos, visita domiciliar, avaliação com classificação de risco, acolhimento, monitoramento e avaliação do calendário vacinal, grupos educativos e ações de vigilância epidemiológica (COSTA E DURAN,2018).

O enfermeiro na APS utiliza a sua autonomia e criatividade favorecendo o acompanhamento e o controle dos pacientes hipertensos e diabéticos na Atenção Básica de saúde, diminuindo assim o impacto direto nos índices de morbidade e mortalidade que são bastantes expressivos em nosso país. Essas ações desenvolvidas pelo profissional enfermeiro ocorre uma notória redução do número de internações por essas doenças, como consequência a diminuição do aparecimento de complicações, além da atenuação na mortalidade por doenças cardiovasculares bem como as metabólicas.

O segundo artigo é intitulado: “Fatores relacionados ao diabetes mellitus que podem influenciar no autocuidado” o qual cita o autocuidado como um dos principais fatores de tratamento para a diabetes visto que se entendido e aderido evita as complicações que podem acometer o paciente futuramente.

Podemos citar algumas ações que são realizadas a partir do autocuidado do portador de diabetes mellitus: Realização de atividades físicas, monitorização da glicemia capilar, adequação na alimentação consumindo apenas alimentos saudáveis, monitorização regular da glicemia capilar, uso correto da medicação, além dos cuidados com os pés que não são menos importantes do que os demais itens, mas são pouco executados quando não se tem o conhecimento sobre essa importância para quem possui a doença.

Vale lembrar que dentre os profissionais que prestam assistência a essa população está o enfermeiro cuja essência de seu trabalho é o cuidado em suas mais variadas formas, objetivando a promoção de saúde, prevenção de agravos e principalmente o bem-estar do paciente. Vale lembrar que os fatores associados a DM são os hereditários, socioeconômico e comportamentais.

Sabendo que os fatores comportamentais dessa doença são modificáveis e que devem ser estimulados para que isso aconteça, entre esses fatores podemos citar: tabagismo, alimentação inadequada com ingestão elevada de alimentos fonte de gorduras, sal e açúcar, sobrepeso e obesidade, sedentarismo, inatividade física e consumo abusivo de bebidas alcoólicas. Segundo Souza et al (2020, apud Oliveira et al,2016):

A atuação do enfermeiro é de grande importância para a promoção do autocuidado e no controle do DM, principalmente através de ações educativas voltadas para a promoção da saúde, bem-estar e melhora na qualidade de vida (SOUZA et al, 2020, apud OLIVEIRA et al,2016).

O profissional enfermeiro possui uma importante atuação frente aos cuidados dos pacientes com diabetes, pois são os mesmos que criam planos de cuidados específicos para cada paciente de acordo com suas demandas, tornando os pacientes singulares; sabe-se que a consulta de enfermagem que proporciona tudo isso, pois é nela que o enfermeiro consegue ter uma visão holística e minuciosa do paciente devido a coleta da história pregressa e fatores socioeconômicos desses indivíduos em questão.

Além de estimular a autonomia desses pacientes e capacitar membros da sua família para que possa fornecer auxílio caso necessário, o enfermeiro atua com o principal objetivo de incentivar o autocuidado e de estimular mudanças no hábito de vida desses usuários, o que dispensará ao paciente um resultado positivo evitando assim complicações futuras, consequentemente proporcionando uma melhor qualidade de vida e um sentimento de bem-estar.

Categoria 3: Estímulo aos programas de saúde voltados a hipertensão e diabetes para ampliação da Estratégia Saúde da Família

A terceira categoria foi realizada com base em dois artigos intitulados: “Fortalecendo a longitudinalidade do cuidado aos sujeitos participantes do programa hiperdia” e “Educação popular como orientadora de grupos de promoção à saúde de pessoas com hipertensão e diabetes na atenção básica: caminhos e aprendizados com base em uma experiência”.

O primeiro artigo é intitulado: “Fortalecendo a longitudinalidade do cuidado aos sujeitos participantes do programa Hiperdia”. Esse trabalho menciona que esses programas voltados a HAS e diabetes mellitus disponibilizados pela atenção primária tem como objetivo um acompanhamento contínuo do paciente, o qual tem como finalidade possuir uma visão holística da demanda desses pacientes, possibilitando uma ampliação na resolução dos casos.

A partir disso notamos que essas assistências prestadas pela equipe de saúde da família ocorrem de uma forma ampliada, constante, sistematizada e ajustada de acordo com as necessidades da população. As ações de promoção em saúde e prevenção de agravos são as ações prioritárias no processo saúde-doença tanto com ações de forma individuais quanto coletiva. Vale et al (2019) relata que:

O Hiperdia refere-se ao conjunto de ações voltadas para o cuidado integral a sujeitos com hipertensão e diabetes. E que no plano de acompanhamento adotado pelas equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), além das ações clínico-assistenciais, devem estar contempladas nas práticas de cuidado a ampla utilização de tecnologias leves e atividades de Educação em Saúde (VALE et al,2019).

Nota-se que é de grande importância e valia os estímulos aos programas de saúde voltado para pacientes que possuem hipertensão e/ou diabetes, pois por meio deles

ocorrem a elaboração de estratégias que discutem sobre essas doenças levando conhecimento sobre as mesmas e criando estratégias que possibilite um bem-estar e uma melhoria desses pacientes, evitando agravos que são adquiridos caso não seja tratada e nem controlada.

As ações educativas, que estão presentes nesses grupos estimulam a reflexão sobre seu estado de saúde, tornando-os corresponsáveis pelo seu autocuidado. O programa Hiperdia é um exemplo desse grupo e faz acompanhamento desse público mencionado para garantir o acesso às informações e integralidade do cuidado, uma vez que quando não monitorizadas de forma adequada ou ocorra um diagnóstico tardio, além de poder ocorrer agravos severos aos pacientes, há também um alto gasto com internação por doenças cardiovasculares e um custeio elevado para o tratamento desses pacientes.

O segundo artigo é intitulado: “Educação popular como orientadora de grupos de promoção à saúde de pessoas com hipertensão e diabetes na atenção básica: caminhos e aprendizados com base em uma experiência”, esse texto menciona sobre a promoção da saúde aos hipertensos e diabéticos na atenção básica através de uma abordagem da educação popular.

Sabe-se que a atenção básica é a porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), ou seja, é o local que ocorre ou deveria ocorrer o primeiro contato do paciente ao sistema de saúde para atender as suas demandas, pois possui a capacidade grande de resolução da grande parte dos casos que surgem, visto que são organizados com esse objetivo de atender as necessidades advindas da população, além de ressaltar as ações de promoção da saúde e de prevenção de doenças e agravos.

Apesar de sabermos que as ações dos programas de saúde como o grupo Hiperdia geram resultados positivos, é observado uma grande resistência frente a implantação desses grupos, visto que o mesmo tem um foco grande nas atividades educativas em saúde e a grande maioria dos pacientes, estão interessados apenas na consulta médica e acreditam ser inúteis essas ações educativas, tratando-as como desnecessárias. De acordo com Cruz et al (2018):

Na perspectiva da Educação Popular, o objetivo central das práticas e processos de educação em saúde é incorporar nos serviços iniciativas capazes de, processualmente, empoderar os indivíduos, ajudando-os a desenvolver autonomia e responsabilidade por sua saúde, capacitando-os a tomarem suas próprias decisões para favorecer mudanças em suas condições de saúde (CRUZ et al, 2018).

A partir dessa perspectiva, faz-se necessário traçar estratégias com intuito de incentivo a adesão desses programas mostrando todos os benefícios que são adquiridos através dos conhecimentos fornecidos pelas ações educativas presentes nesses grupos. Elas constituem uma importante forma de construção de indivíduos independentes que são capazes de refletir sobre seu próprio caso e conseguir mudar sua própria história através da força de vontade advinda dos conhecimentos adquiridos e também do processo de reflexão que o programa estimula.

Categoria 4: Uma dúvida frequente dos hipertensos e diabéticos: Unidade Básica de Saúde ou Emergência hospitalar?

A quarta categoria foi intitulada: “Uma dúvida frequente dos hipertensos e diabéticos: Unidade Básica de Saúde ou Emergência hospitalar?”. Nessa categoria foi desenvolvido um fluxograma com intuito de direcionar quanto ao local que o paciente hipertenso e/ou diabético deve buscar atendimento de acordo com suas necessidades.

No decorrer da pesquisa foi evidenciado o desconhecimento sobre essa temática e com isso, ocasionando uma lotação expressiva nas emergências hospitalares com demandas que deveriam ser resolvidas na atenção básica. A partir disso, observou-se a necessidade de criação de uma ferramenta educativa orientando quanto a esse direcionamento, aflorando o desejo de posteriormente criar um instrumento que possa dar fácil acesso a essas informações e manter esses conhecimentos disponíveis para consulta a qualquer momento que a população precisar.

A CRIAÇÃO DE UM FLUXOGRAMA PARA DIRECIONAMENTO DO ATENDIMENTO AOS PACIENTES COM HIPERTENSÃO E DIABETES

HIPERTENSÃO

ATENÇÃO BÁSICA

- Verificação da pressão arterial
- Marcação de consultas periódicas para acompanhamento da hipertensão
- Renovação das receitas de anti-hipertensivos
- Instalação de monitorização ambulatorial da pressão arterial (MAPA)- Mapeamento da pressão arterial
- Solicitação de exames
- Pressão arterial elevada (maior que 140 mmHg e menor que 180mmHg) acompanhada de cefaleia ou sinais e sintomas de ansiedade.
- Participação de programas de educação em saúde voltados para hipertensão (orientações para prevenção e controle)

EMERGENCIA

- Hipertensão (pressão sistólica maior ou igual a 180mmHg e diastólica maior ou igual a 120mmHg)
- Hipotensão (pressão menor que 90mmHg)
- sinais e sintomas do Infarto agudo do miocárdio: dor torácica descrita como dor ou pressão, irradiada para dorso, mandíbula, braço esquerdo ou direito, ombros ou todas essas áreas, falta de ar, náuseas e vômitos.
- sinais e sintomas de Edema agudo pulmonar: dispneia intensa (dificuldade de respirar), ortopneia (dificuldade de respirar deitado), palpitações, palidez cutânea, edema, inquietação e ansiedade, escarro hemoptico (com coloração rósea devido presença de sangue), hemoptise (tosse com sangue) e alguns pacientes com espumam pela boca.

DIABETES

ATENÇÃO BÁSICA

- Verificação da glicemia (glicose)
- Marcação de consultas periódicas para acompanhamento da diabetes mellitus
- Renovação das receitas de antiglicemiantes
- Realização avaliação e/ou curativos de pés diabéticos
- Solicitações de exames
- Participação de programas de educação em saúde voltados para diabetes (orientações para prevenção e controle)
- Hiperglicemia (glicose maior que 126mg/dl e menor que 250mg/dl) acompanhado de sinais e sintomas como poliúria (aumento da quantidade de urina), polidipsia (sede intensa), polifagia (fome intensa), perda involuntária de peso, fadiga, letargia, fraqueza, prurido cutâneo ou vulvar, balanopostite (inflamação do órgão genital masculino) e infecções de repetição.

EMERGENCIA

- Hiperglicemia (glicose maior que 250mg/dl)
- Hipoglicemia (glicose menor que 70 mg/dl com ou sem sintomas - fome, tontura, fraqueza, dor de cabeça, confusão, sudorese (suor excessivo), taquicardia (coração acelerado), apreensão, tremor, convulsão e coma)
- sinais e sintomas de cetoacidose: sede excessiva (polidipsia), aumento da frequência e volume de urina (polaciúria e poliúria), respiração rápida (hiperventilação), dor abdominal, hálito "azedo" (hálito cetônico)

CONCLUSÃO

Observou-se a necessidade de uma educação em saúde aliada a tecnologia educativa voltada ao conhecimento sobre a hipertensão e o diabetes mellitus que fosse de fácil acesso à toda população. Levando em consideração o elevado aumento de telefones móveis, notou-se a necessidade de adaptação aos dias atuais para o fornecimento de informações importantes para a população por este meio.

Sabendo da existência de programas de saúde disponibilizados pela rede do Sistema Único de Saúde (SUS), através da atenção básica, voltados para essas doenças, percebeu-se uma carência de dispositivos que possam colaborar e auxiliar a população paralelamente aos programas de saúde existente, pois foi constatado durante consulta de enfermagem o desconhecimento desses programas por grande parte da população que são portadores da doença.

Esses programas de saúde são de extrema importância, visto que além de toda informação que são fornecidas sobre essas doenças, estimulam a mudança de hábito de vida visando a promoção em saúde e a prevenção de agravos que podem ocorrer se não tratadas e/ou controladas; Além do incentivo a reflexão desses indivíduos para que possam participar ativamente do seu autocuidado e possuírem mais autonomia, com expectativa de um aumento elevado no bem-estar e qualidade de vida desse público.

Outros benefícios podem ser percebidos como: a formação de agentes multiplicadores, pois os próprios pacientes propagam as informações adquiridas as pessoas que estão ao seu redor; A redução de custos com internação desses pacientes, já que minimizaria o desenvolvimento de agravos devido ao conhecimento adquirido, uma vez que entendem a importância de tratar e controlar suas doenças; Além do mais,

influenciaria na diminuição direta e significativa dos índices de morbidade e mortalidade do país.

Acredita-se que a produção de tecnologias educativas como sites informativos e interativos, possa repercutir positivamente na absorção de conhecimento e também no empoderamento desses pacientes, devido a facilidade de acesso às informações, visto que estarão disponibilizadas na palma de suas mãos, sem a necessidade de sair de dentro de sua casa.

Além da criação de uma ferramenta de educação em saúde, notou-se a importância da criação de um fluxograma direcionando aos pacientes com hipertensão e diabetes quanto qual local ser consultado de acordo com a sua demanda, pois observou-se que essa dúvida os cerca de uma forma contínua.

O intuito desse artigo é estimular desenvolvimento de trabalhos nesse estilo para aumentar as informações importantes para este grupo, além da intenção de dar continuidade a essa pesquisa, explorando mais sobre essa temática com o propósito de futuramente migrar esse trabalho para um website com a meta de dar mais acesso à população.

Vale lembrar que, por mais que a tecnologia esteja bastante avançada, as práticas educativas em saúde não têm acompanhado o mesmo ritmo. Com isso, é de grande valia esse estímulo na ampliação de trabalhos com esse mesmo fim.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABREU, W. A; PORTELA, N. L. C. Fatores associados à não adesão ao tratamento medicamentoso da Hipertensão Arterial Sistêmica. **R. Interd.** v. 8, n. 3, p. 50-60, 2015. Disponível

em:<<https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/726>>.

Acesso em: 16 mar. 2021.

AGUIAR, A.C.T. et al. Repercussão da tecnologia educativa em saúde na adesão de familiares cuidadores no controle da hipertensão arterial ou na prevenção de risco desse agravo: **Tecnologias para a promoção e o cuidado em saúde**, p.50-70, Ed.UECE, Fortaleza: 2018. Disponível em:

<https://www.biosanas.com.br/uploads/outros/artigos_cientificos/59/39ab383257a9da8d6421cc9ada1a1490.pdf> . Acesso em: 16 mar. 2021.

AMADO, J. A. Formação em investigação qualitativa: Notas para a construção de um programa. In: COSTA, A.P.; SOUZA, F.N.; SOUZA, D.N. (org). *Investigação Qualitativa: Inovação, Dilemas e Desafios*. 3. ed. Ludomedia: Lisboa, 2015. p. 39-68. Disponível em: <<https://ludomedia.org/a-formacao-em-investigacao-qualitativa-notas-para-a-construcao-de-um-programa/>>. Acesso em: 04 mar. 2021.

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Strategies for improving care. *Diabetes Care*. Jan.2016. 38 Suppl 1: S6-S12. Disponível em:<https://care.diabetesjournals.org/content/38/Supplement_1/S5.long>. Acesso em: 01 mar. 2021.

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Standards of Medical Care in Diabetes -2016. *Diabetes Care*. Jan. 2016; v. 39 (Supl. 1): S4-S5. Disponível em: <https://care.diabetesjournals.org/content/39/Supplement_1/S105.long>. Acesso em: 03 mar. 2021.

ANDRADE, Maria Margarida. Introdução à Metodologia do Trabalho Científico. 10.ed. São Paulo: Atlas, 2017. Disponível em: < <https://www.metodologiacientifica.org/tipos-de-pesquisa/pesquisa-bibliografica/>>. Acesso em: 05 mar. 2021.

BORTOLOTTI, L. A. Crises hipertensivas: definindo a gravidade o tratamento. **Rev Soc Cardiol** Estado de São Paulo 2018;28(3):254-9. Disponível em: < http://socesp.org.br/revista/assets/upload/revista/5579307671539114883pdfenCRISES%20HIPERTENSIVAS%20%20DEFININDO%20A%20GRAVIDADE_REVISTA%20SOCESP%20V28%20N3.pdf> .Acesso em: 01 abril 2021.

BRASIL. **Lei nº 11.347, de 27 de setembro de 2006**. Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos e materiais necessários à sua aplicação e à monitoração da glicemia capilar aos portadores de diabetes inscritos em programas de educação para diabéticos. Brasília- DF, set, 2006. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11347.htm>. Acesso em 27 fev. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Diabetes Mellitus Tipo 1**. CONITEC – Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. 2018. Disponível em: <http://conitec.gov.br/images/Relatorios/2018/Relatorio_PCDT_DM_2018.pdf> Acesso em: 03 mar. 2021

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**. (Cadernos de Atenção Básica, n. 35) Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenca_cronica_cab35.pdf>. Acesso em: 16 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Vigitel Brasil 2019: **vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**: Pesquisa Nacional de Saúde 2019 Percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados. p. 137, 2020. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2019_vigilancia_fatores_risco.pdf>. Acesso em: 05 mar. 2021.

BRASIL, **Óbitos por causas evitáveis de 5 a 74 anos-Brasil** . Sistema de Informação de Mortalidade-SIM. IBGE:2019. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/evitb10uf.def>>. Acesso em: 03 mar. 2021.

BRASIL, Pesquisa Nacional de Saúde 2019: **Percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal**. Rio de Janeiro: IBGE, 2020.p1-117. Disponível em: <<https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/bibliotecacatalogo?view=detalhes&id=2101764>>. Acesso: 03 mar. 2021.

BRASIL, Pesquisa nacional por amostra de domicílios : **Acesso á internet e à televisão e posse de telefone móvel celular para uso pessoal 2013**. Rio de Janeiro: IBGE, p.79, 2015. Disponível em: <<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv93373.pdf>>. Acesso em: 02 mar. 2021.

BRASIL, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua - Pnad contínua: acesso à internet e à televisão e posse de telefone móvel celular para uso pessoal Pnad contínua, 2018. Disponível em:

https://ftp.ibge.gov.br/Trabalho_e_Rendimento/Pesquisa_Nacional_por_Amostra_de_Domicilios_continua/Anual/Acesso_Internet_Televisao_e_Posse_Telefone_Movel_2018/Analise_dos_resultados_TIC_2018.pdf>. Acesso em: 27 fev. 2021.

BRASIL. **Portaria nº 2.583 de 10 de outubro de 2007**. Define elenco de medicamentos e insumos disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde, nos termos da Lei nº 11.347, de 2006, aos usuários portadores de diabetes mellitus. Brasília-DF, 2007. Disponível em: <<https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201701/19111220-20130926101322-portaria-2583-07.pdf>>. Acesso em: 02 mar. 2021.

COSTA, P.C.P.; DURAN, E.C.M. Evidências clínicas para hipertensos e diabéticos na saúde da família. **Rev enferm UFPE online**, Recife, 12(8):2194-204, ago., 2018. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-994629>>. Acesso em: 09 março 2021.

CRUZ, P. et al. Educação popular como orientadora de grupos de promoção à saúde de pessoas com hipertensão e diabetes na atenção básica: caminhos e aprendizados com base em uma experiência. **Rev. APS**. 2018, 21(3): 387 – 398. Disponível em: <<https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/16423>>. Acesso em: 09 março 2021.

CUNHA, B.S; LUCAS, L. S; ZANELLA, M.J.B. Emergências glicêmica. 2018. Disponível em: <<https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/04/882997/05-emergencias-glicemicas.pdf>>. Acesso em: 01 abril 2021.

Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2017-2018. **Epidemiologia e impacto global do diabetes mellitus** / Organização José Egídio Paulo de Oliveira, Renan Magalhães Montenegro Junior, Sérgio Vencio. -- São Paulo: Editora Clannad, 2017. <<https://www.diabetes.org.br/profissionais/images/2017/diretrizes/diretrizes-sbd-2017-2018.pdf>>. Acesso em: 05 mar: 02 mar. 2021.

EDWARDS, E.A et al. 2016. Gamificação para promoção da saúde: revisão sistemática de técnicas de mudança de comportamento em aplicativos de smartphone. **BMJ Open**, n.6, 2016. Disponível em: <<https://bmjopen.bmj.com/content/6/10/e012447>>. Acesso em: 02 mar. 2021.

ENCARNAÇÃO, P. P. S; SANTOS, E.S.A; HELIOTÉRIO, M.C. Consulta de enfermagem para pessoas com diabetes e hipertensão na atenção básica: um relato de experiência. **Rev. APS**. 2017, 20(2): 273 - 278. Disponível em: <<https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/15998>>. Acesso em: 06 mar. 2021.

FEOLI, A. M. P; GOTTLIED, M.G. Intervenções tecnológicas na síndrome metabólica: novos rumos para os profissionais da saúde. **Sci Med**. 2016;26(3). Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-846464>>. Acesso em: 01 mar. 2020.

FERNANDES, J. R. et al. IDF Diabetes Atlas estimates of 2014 global health expenditures on diabetes: diabetes research and clinical practice. 117, 48 - 54, 2016. Disponível em: <[https://www.diabetesresearchclinicalpractice.com/article/S0168-8227\(16\)30080-8/pdf](https://www.diabetesresearchclinicalpractice.com/article/S0168-8227(16)30080-8/pdf)>. Acesso em: 02 mar. 2021.

FONSECA, K.C.R. Ações para aumentar o nível de informação da população sobre o papel da estratégia saúde da família. Minas Gerais, 2014. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/4709.pdf>>. Acesso em: 07 mar. 2021.

GEORGE, T.P; DECRISTOFARO, C. 2016. Use of smartphones with undergraduate nursing students. **Journal of Nursing Education**, n.7, v.55, 2016. Disponível em:<<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27351612/>>. Acesso em:01 MAR. 2021.

Gil, Antonio Carlos. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 6 ed. São Paulo:Atlas, 2019. Disponível em: <<https://www.metodologiacientifica.org/tipos-de-pesquisa/pesquisa-exploratoria/>> Acesso em:18 mar. 2021.

JO, I. Y. et al. 2017. Gerenciamento do diabetes por meio de um aplicativo móvel: um relato de caso. **Clin Nutr Res.**, n.6, v.1, 2017. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28168183/>>. Acesso em:02 mar. 2021.

MARTINS, G. A. THEÓPHILO, C. R. Metodologia da investigação científica para ciências sociais aplicadas. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2016. Disponível em:<<https://search.proquest.com/openview/6b6cbd095c3ad1a7254c666f1eeb8060/1?pq-origsite=gscholar&cbl=2034243>>. Acesso em:27 fev.2021.

MEDEIROS, L.M Tipo de pesquisa. Belo Horizonte: 2019. Disponível em: <<https://www.metodologiacientifica.org/tipos-de-pesquisa/pesquisa-descritiva/>>. Acesso em:08 mar. 2021.

PENG, W. et al. Um estudo qualitativo das percepções dos usuários sobre aplicativos móveis de saúde. **BMC Public Health**, n. 16, v.1158, 2016. Disponível em: <<https://bmcpubhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-016-3808-0>>. Acesso em: 02 mar. 2021.

RADOVANOVIC, C. A. T. et al. Hipertensão arterial e outros fatores de risco associados a doenças cardiovasculares em adultos. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 22, n. 4, p. 547-553, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692014000400547&lng=en&tlng=en>. Acesso em: 09 mar. 2021.

SALCI, M.A.; MEIRELLES, B.H.S.; SILVA, D. M. G. V. Educação em saúde para prevenção das complicações crônicas do diabetes mellitus na atenção primária. **Esc Anna Nery** 2018;22(1). Disponível em:< https://www.scielo.br/pdf/ean/v22n1/pt_1414-8145-ean-2177-9465-EAN-2017-0262.pdf>. Acesso em: 01 mar.2021.

SILVA et al. Abordagem dinâmica das complicações do diabetes mellitus e da hipertensão arterial quando negligenciadas: um relato de experiência. **Revista Ciência Plural**. 2018; 4(1):36-43. Disponível em: <<https://periodicos.ufrn.br/rcp/article/view/13757>>. Acesso em: 06 mar.2021.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. Supl. 3, 107(3), 2016. Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05_HIPERTENSAO_ARTERIAL.pdf>. Acesso em: 06 mar. 2021.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2019-2020. São Paulo: Clannad, 2019. 419p. Disponível em: < <https://www.diabetes.org.br/profissionais/images/DIRETRIZES-COMPLETA-2019-2020.pdf>. > Acesso em: 07 mar. 2021.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2014-2015: **epidemiologia e prevenção do diabetes mellitus**. São Paulo, 2014. Disponível em: < <https://www.diabetes.org.br/publico/images/2015/area-restrita/diretrizes-sbd-2015.pdf> >. Acesso em: 07 mar. 2021.

SOUZA et al. Fatores relacionados ao diabetes mellitus que podem influenciar no autocuidado. **Revista Nursing**, 2020; 23 (268): 4580-4588. Disponível em: < <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1145304?src=similardocs>>. Acesso em: 06 mar 2021.

STREHLOW, B. R. et al. Percepção dos usuários sobre os grupos de educação em saúde do pet - vigilância em saúde. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, [S.l.], v. 8, n. 2, p. 4243-4254, 2016. Disponível em: <<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/4243>>. Acesso em: 09 mar. 2021.

TENÓRIO, L. et al. 2014. A. Educação em saúde através das novas tecnologias da informação e da comunicação: uma análise da (re)orientação de nativos digitais no ciberespaço. **Revista Científica Interdisciplinar**, n. 1, v.1, artigo 10, 2014. Disponível em:<<http://revista.srvroot.com/linkscienceplace/index.php/linkscienceplace/article/view/20/15>>. Acesso em: 02 mar. 2021.

VALE et al. Fortalecendo a longitudinalidade do cuidado aos sujeitos participantes do programa Hiperdia. **Rev. APS.**, v. 22, n. 2, 2019. Disponível em: < <https://periodicos.ujf.br/index.php/aps/article/view/15918>>. Acesso em: 09 mar.2021.

WILDEVUUR, S. E.; SIMONSE, L. W. 2015. Information and Communication Technology–Enabled Person-Centered Care for the “Big Five” Chronic Conditions: Scoping Review. **J Med Internet Res**. 2015. Disponível em:< <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25831199/> >. Acesso em: 01 mar. 2021.

Williams et al. Global and regional estimates and projections of diabetes-related health expenditure: Results from the International Diabetes Federation Diabetes Atlas, 9th edition. **Diabetes Res Clin Pract.** 2020. Disponível em: < [https://www.diabetesresearchclinicalpractice.com/article/S0168-8227\(20\)30138-8/fulltext](https://www.diabetesresearchclinicalpractice.com/article/S0168-8227(20)30138-8/fulltext) >. Acesso em: 01 mar 2021.

World Health Organization, Global atlas on cardiovascular disease prevention and control / edited by: Shanthi Mendis et al.,Genebra: World Health Organization,2011. Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/handle/10665/44701>>. Acesso em: 06 mar. 2021.

World Health Organization. Global report on diabetes. p. 1-88, 2016. Disponível em:< <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565257>>. Acesso em: 02 mar. 2021.
World Health Organization.Diabetes: Key facts. Geneva, 2020. Disponível: < <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>>. Acesso em: 03 mar.2021.

Amanda Paixão Chipoleschi

Discente do Curso de Enfermagem do Centro Universitário Augusto Motta

Jéssica Alves Machado

Discente do Curso de Enfermagem do Centro Universitário Augusto Motta

Èvelyn Alves da Silva

Discente do Curso de Enfermagem do Centro Universitário Augusto Motta

Marcielle da Cunha

Discente do Curso de Enfermagem do Centro Universitário Augusto Motta

Helena Portes Sava de Farias

Docente do curso de Enfermagem do Centro Universitário Augusto Motta

RESUMO

Trata o presente texto de uma reflexão sob os profissionais de Enfermagem como sujeitos políticos. Tem como principal objetivo analisar a Clínica da Família como local de aprendizagem e acolhimento, buscando identificar a dor e as necessidades da população em situação de rua, concentra a análise na complexidade do fortalecimento da rede assistencial para esse grupo, a partir então abrir-se para as práticas de enfermagem que interfere no acolhimento que visa criação e manter um vínculo de confiança com a população de rua, configurando, assim, possíveis fatores que dificultam e levam o morador em situação de rua ao abandono do tratamento. Essa construção coletiva ressalta a enfermagem como peça-chave no processo de aprendizagem dessa população bem como pelo fato da enfermagem envolvida no processo de formação participar efetivamente. O levantamento delineamento bibliográfico, e abordagem qualitativa descritiva, explicativa e exploratória, foi realizado no período de fevereiro a março de 2021 nas bases de LILACS, SCIELO, BDENF e BIREME, disponível na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS). Em busca inicial foram encontrados 14 artigos. Por meio da leitura dos resumos disponíveis excluiu-se 9 publicações e destas, 5 foram instrumentos para o estudo, onde apenas 3 foram selecionados para construção dos resultados. Em tal pesquisa definiram-se as seguintes contribuições para formação profissional do enfermeiro conhecimento do bem estar físico e mental atrelado à qualidade de vida para que contribuam para o aprimoramento da atenção a esse segmento nas diversas políticas públicas, ressaltando outros fatores para a ressocialização, controle social e gestão participativa, formação, comunicação, produção de conhecimentos sociais, assim, aumentando a visibilidade sobre sua inserção histórica, social e política. Tem como implicações para enfermagem a complexidade dos serviços atribuída na clínica da família de forma humanizada visando o olhar da população de rua.

Descritores: População em situação de rua; Educação; Acolhimento

INTRODUÇÃO

Devido ao aumento da crise econômica brasileira, a população em situação de rua vem crescendo consideravelmente. Observando o cenário, a população de rua cresceu 140% a partir de 2012, chegando a quase 222 mil brasileiros no ano passado (IPEA, 2020). Por certo, é um descontentamento, mas apesar dos números terem aumentado, ao contrário do que muitos acreditam.

O perfil da população em situação de rua tem mudado com o passar dos anos. A maior parte dela é formada por trabalhadores, entretanto, a maior parte dos trabalhos realizados situa-se na economia informal, tendo em conta que as pessoas em situação de rua enfrentam dificuldades intransponíveis, como a ausência de documentos e processo de alfabetização. Todavia, quanto mais pessoas em situação de rua, mais o problema se agrava, considerando medidas de política pública, demanda atenção diferenciada em consequência de suas peculiaridades. Diante da situação faz-se necessário identificar as reais necessidades dessa população, buscando a elaboração de estratégias capazes de proporcionar saúde física, mental e inclusão social da população, criando e mantendo um sólido e recíproco vínculo de confiança.

Brasil (2014) afirma que na Política Nacional para a População em Situação de Rua algumas ações têm sido desenvolvidas interessar-se atender a demanda para essa população, dentre eles, o Consultório de Rua pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Este se trata de estratégia constituída por equipes multiprofissionais da área de saúde que fazem atendimento fixo ou móvel para pessoas que se encontram em situação de rua, oferecendo atenção integral à saúde. Porém, presença dessa estratégia ainda é limitada, apenas cinco estados contam com dez ou mais equipes de consultório na rua.

Apesar de alguns avanços estarem presente na política nacional para a população em situação de rua é possível perceber um agravamento e, conseqüentemente, para o crescimento da quantidade de indivíduos nessa situação. Por vezes percebem-se fatores biográficos relacionados à vida particular do indivíduo, desigualdade social, a pobreza, o desemprego e o preconceito da sociedade com relação a esse grupo populacional, resultando na invisibilidade, um dos graves problemas que assola essa população e impede que ela tenha seus direitos reconhecidos (LOPES,2006).

Com base nessa afirmativa, o trabalho justifica-se pelo aumento da população em situação de rua relacionado em contexto institucional por estar associada aos desafios à saúde pública. Tal fator incide em maior possibilidade de aumento de violência, problema econômico paralelo, e a percepção do morador de rua como é visto em sociedade. Além disso, o reconhecimento dessas pessoas como cidadãos de direitos sobre política nacional para população em situação de rua e sua consequência, como violência, o preconceito e a ocorrência de atos de violação dos direitos mais básicos, como acesso aos serviços de saúde. Nessa perspectiva, evidencia-se a importância da atuação do enfermeiro, que deve estar preparado para lidar com a aprendizagem e acolhimento ao morador de rua.

A pesquisa foi motivada pelo desejo ampliar a visão de clínica da família como local de aprendizagem e acolhimento a população em situação de rua, visto que muitos deles sofrem com a vulnerabilidade para a inexistência social, baseados na educação em saúde e saúde coletiva resolutiva. Percebe-se que essa população vem lutando pela sobrevivência diária além de serem criminalizados ou estigmatizados. Por isso, espera-se que a pesquisa possa promover informação, questionamento e, principalmente seja causadora de mudanças positivas de conduta e comportamento.

Sendo assim, pode-se destacar como questões norteadoras: como transformar a clínica da família em local de aprendizagem e acolhimento ao morador de rua? ; A enfermagem é a peça chave no processo de aprendizagem dessa população? ; Quais são as práticas de enfermagem que interfere no acolhimento para a população em situação de

rua?; Que estratégias poderiam garantir a educação em saúde a população de rua?; Como criar e manter um vínculo de confiança com a população de rua?; Como a enfermagem enfrenta o perfil dinâmico no morador de rua?.

A pesquisa assim conduzida define-se o seguinte objetivo geral: abranger a visão da clínica da família como local de acolhimento ao morador de rua. E como objetivos específicos: Descrever a atuação do enfermeiro nas ações direcionadas a promoção da saúde do morador de rua; descrever o acolhimento de enfermagem e o morador de rua.

REFERENCIAL TEÓRICO

POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA

O Ministério da Saúde, na portaria n.º 13.714, de 24 de agosto de 2018. Revogado pela Lei n.º, de 7 de dezembro de 1993, regula os direitos assegurados aos indivíduos o atendimento pelo SUS sem comprovante de identificação.

Faz parte do esforço de estabelecer diretrizes e rumos que possibilitem a (re) integração destas pessoas às suas redes familiares e comunitárias, o acesso pleno aos direitos garantidos aos cidadãos brasileiros, o acesso a oportunidades de desenvolvimento social pleno, considerando as relações e significados próprios produzidos pela vivência do espaço público da rua (BRASIL, 2008).

Raro, tomar-se conhecimento, dos direitos garantidos aos cidadãos brasileiros, principalmente para a população em situação de rua, o Brasil é marcado pela desigualdade social e uma pobreza extrema, contudo, por meio das políticas aplicadas voltadas para essa população, pode-se afirmar que o país vem abrandando os problemas diários da população em situação de rua.

Incluir essas populações será um marco importante na sociedade. Porém, essas pessoas podem assumir responsabilidades pessoais. O mais importante, elas vivem em situações de instabilidade e carecem de alimentos e expressaram os seguintes desejos: voltar ao trabalho ou estudar, mas não estudaram agiram porque não tinham os instrumentos necessários para realizar esse desejo. Além disso, existe outro fator que precisa ser considerado para a formulação de uma política pública de saúde para a rua. De acordo com o Decreto n.º 2.436, de 21 de setembro de 2017, e a população relacionada aos serviços médicos primários passam a ser de responsabilidade do governo.

O Ministério da Saúde (MS), ao eleger como modelo a criação de uma política pública de saúde para a população em situação de rua em convergência com as diretrizes da atenção básica e a lógica da atenção psicossocial com sua proposição de trabalhar a redução de danos, assume legitimamente a responsabilidade da promoção da equidade, garantindo o acesso dessa população às outras possibilidades de atendimento no SUS, com a implantação dos Consultórios na Rua (BRASIL, 2012).

Para a Constituição Federal (1988) estabelece, em seu Artigo 5º, a igualdade de todos os cidadãos brasileiros perante a lei e a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade. No artigo 6º, lê-se que “são direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição”.

IMAGINÁRIO SOCIAL

Levando-se em consideração esses aspectos, ocorre assim à violação dos direitos desses indivíduos, o maior desafio dessa população é conseguir usufruir o que lhe é de direito, para que assim possam voltar as suas vidas retornando a sociedade.

É de fundamental importância sabermos identificar quem realmente são, pois são marginalizados pela sociedade, buscando situar-se diante da sociedade destacam-se nomenclaturas impostas institucionais que lhe são expostos, como: “mendigos”, “vagabundos”, “maloqueiros”, “miseráveis” e “sujos”. Essas terminologias expressadas referentes a essa população institucionaliza o preconceito, onde dificulta o processo de desconstrução dessas ações. Di Flora (1987, p.96) afirma que:

[...] a pressão da estrutura social e econômica, ao determinar o ingresso do indivíduo nesta categoria, condiciona-o à formação de uma nova identidade: a de mendigo socialmente estigmatizado, e entendida como deteriorada, o que leva a não se sentir completamente humano [...]. (DI FLORA, 1987, p. 96).

Transcorre a história cíclica o olhar de aceitação da população de rua dessas expressões. Evidenciando isto, foi criado o Movimento Nacional da População de Rua (MNPR), movimento social para alcançar visibilidade na luta pela garantia de seus direitos criado em 2005. Sob o contexto histórico, desde 1980, percebiam-se os primeiros grupos oferecendo cuidados para essa população, inicialmente por religiosos introduzindo movimento organizacional no intuito de implantar casas de assistência aos moradores de rua (BRASIL, 2012).

Considerando, dando importância a esses acontecimentos, buscou-se a necessidade da mudança da terminologia de “morador de rua” para “população em situação de rua”, pois ao se referir a essa população fica menos marginalizada e mais humanizada. Segundo MATTOS (2006), o uso do termo pessoas remete ao pertencimento à humanidade e pluralidade de forma de construir uma humanidade a partir de diferentes histórias de vida. Para Silva (2006) sua perspectiva é simplicista, reducionista e individualizante e de expressão incontestável das desigualdades sociais.

Embora Mattos (2006) e Silva (2006) tenham uma contraposição sobre perspectiva do tema, sobretudo, destaca-se características relevantes onde há concordância sobre a população de rua. Ao fazer uma análise da sociedade, busca-se descobrir as causas que muito se discute sobre os reais motivos para um cidadão optar viver nas ruas, apesar de ser um conjunto de fatores subjetivos e uma multiplicidade vinculada à sociedade e condição humana. Ao se examinarem alguns artigos e o Manual sobre o Cuidado à Saúde junto a População em Situação de Rua verifica-se que existe uma tríade, a maior parte da população que se encontra na foi por alcoolismo e/ou drogas, desemprego e consequentemente ausência de vínculos familiares. Silva (2006, p.95) apresenta que:

“(...) pode-se dizer que o fenômeno população em situação de rua vinculasse à estrutura da sociedade capitalista e possui uma multiplicidade de fatores de natureza imediata que o determinam. Na contemporaneidade, constitui uma expressão radical da questão social, localiza-se nos grandes centros urbanos, sendo que as pessoas por ele atingidas são estigmatizadas e enfrentam o preconceito como marca do grau de dignidade e valor moral atribuído pela sociedade. É um fenômeno que tem características gerais, porém possui particularidades vinculadas ao território em que se manifesta. No Brasil, essas particularidades são bem definidas. Há uma tendência à naturalização do fenômeno, que no país se faz acompanhada da quase inexistência de dados e informações científicas sobre o mesmo e da inexistência de políticas públicas para enfrentá-lo”. (Silva, 2006, p.95)

Ao analisar os fatos, existem diversos fatores eminentes, fatores estruturais ou fatores ligados às histórias de vida dos indivíduos, que conduzem à fragilidade de relação familiar (SILVA, 2006, p. 101).

Segundo o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, tem se diversas caracterizações para a conceituação voltada para essa população.

De acordo com o Decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009, que institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua, trata-se de grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares fragilizados ou rompidos e a inexistência de moradia convencional regular. Essa população se caracteriza, ainda, pela utilização de logradouros públicos (praças, jardins, canteiros, marquises, viadutos) e áreas degradadas (prédios abandonados, ruínas, carcaças de veículos) como espaço de moradia e de sustento, de forma temporária ou permanente, bem como unidades de serviços de acolhimento para pernoite temporário ou moradia provisória (BRASIL, 2009)

No Brasil, o termo consolidado expressa mais a situação do sujeito em relação à rua, e não apenas como “ausência de casa” (BRASIL, 2012).

Entretanto haja outros autores que discordam dessa caracterização. Para Escorel (2000, p.155) ao contrário de todas as pesquisas, revela é que não há um único perfil da população de rua, há perfis; não é um bloco homogêneo de pessoas, são populações com carências e diferencia-se pelos motivos que levaram as pessoas desse grupo para a rua.

Papelu (2012) relatou dificuldades em relação à saúde: indisponibilidade dos serviços de saúde, falta de relacionamento com os profissionais de saúde, avaliação bastante inadequada das necessidades e falta de medicação. Além disso, queixou-se de que, por um lado, são dependentes de drogas e tem pouco ou nenhum acesso a programas de tratamento de drogas, mas por outro lado tem o acesso direto a todas as drogas de rua. Alguns manifestaram que as drogas são importantes para a sua qualidade de vida e é uma fonte de prazer. Vários participantes observaram que as drogas e o álcool fornecem os meios para esquecer experiências dolorosas no passado e a realidade do presente.

Considerando esses aspectos pode-se dizer existe as variáveis e características interligados que levam os indivíduos a morarem na rua, pois devem ser tratados individualmente.

POPULAÇÃO INVISÍVEL

Segundo a historiografia à invisibilidade, nota-se que os inúmeros motivos que levaram sem dúvida, pessoas as ruas, ainda é um grande problema no país que afeta as pessoas em situação de vulnerabilidade.

Ao refletir acerca das políticas públicas voltadas a essa população, fica claro que a Política Nacional para População em Situação de Rua (PNPR) orienta de maneira assertiva a formulação dessas políticas para os municípios e os estados, dando segmento da sociedade, historicamente à margem das prioridades dos poderes públicos.

É indiscutível a importância da PNPR para ressocialização, pois a conquista para as pessoas nessa condição cidadão de direitos é recente e ainda não é acolhido na sociedade. Uma vez que esse recurso já que constitui um espaço de diálogo entre seus representantes e os representantes de diversos setores do Estado buscando igualdade. Frequentemente nos deparamos com o aumento de indivíduos nas ruas das cidades brasileiras. O intuito de amparar essa população reinserção do morador de rua dentro da sociedade ofertando assim, apoio e trabalho para a população.

De acordo com IPEA (2020), a população em situação de rua cresceu 140% a partir de 2012, chegando a quase 222 mil brasileiros em março do ano passado e tende-se a aumentar com o avanço da crise econômica.

Apesar dessa população estar aumentando, se caracterizam como invisíveis a sociedade, pois não são assistidas pelo governo, relatam forças opressoras para punir esses indivíduos de vulnerabilidade, vítima de uma sociedade cheia de falhas. O motivo de seu comportamento é que o Capitalismo não lhe garante o básico para a sobrevivência. É de que o acúmulo de ameaças à integridade pode levar à restrição da liberdade de sermos, pensarmos e escolhermos autenticamente.

Para Paiva et al (2005) pessoas que não se enquadram na lógica do capital mercado e consumo: nas ações de fiscalização, nas áreas públicas, leva os poucos pertences desse público, seus filhos, documentos, desmonta seus barracos precários, dificultando a existência da PSR e intensificando ainda mais a situação de vulnerabilidade. Transcende-se assim, de um “Estado Social” para um “Estado Penal”.

De acordo com ministério público, cartilha dos direitos aos moradores de rua, há uma descrição dos fatos:

Somos ainda vítimas do atual sistema político, que, na cegueira do capital, tem produzido milhares de novos moradores de rua a cada ano, pois, à medida que as novas tecnologias substituem o trabalho feito por operários e/ou camponeses, surgem novos desempregados que, ao não conseguirem novo emprego, inevitavelmente, irão para a rua, onde ficarão vulneráveis à bebida, às intempéries do tempo e a outros traumas causados por essa situação... somos, por fim, um povo sonhador, que acredita em um amanhã melhor, que aposta no país e que, por acreditar, mantém acesa em si a esperança.” (BRASIL, S/ANO)

Ao analisar os fatos sob essas perspectivas, os PSR são um grupo populacional de vulnerabilidade que vem aumentando ao passar dos anos, são invisíveis como cidadão, porém são perceptíveis para repressão.

Para administradores públicos, elas sempre foram vistas e tratadas como um problema. Para diversos comerciantes e moradores de bairros frequentados por elas, são um incômodo. Para grande parte das pessoas que circulam pelas ruas e calçadas, elas simplesmente não existem: são invisíveis. Para muitos (que não se deram ao trabalho de tentar compreender o que representam), seria melhor se não existissem. [...] Mas as pessoas em situação de rua existem, e para existir insistem em ocupar o lugar que lhes restou: as ruas e espaços dos grandes e médios centros urbanos. (AIEXE, 2011, p. 5)

Tendo em conta o crescimento de PSR nas áreas urbanas no Brasil bem como o fortalecimento da configuração socioespacial. Pode-se afirmar que a uma barreira econômica para dar continuidade aos processos de igualdade e inclusão.

RESSOCIALIZAÇÃO EM ANÁLISE

Com o propósito de alavancar as ressocializações no Brasil, a Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) tem se mostrado no intuito de reduzir a pobreza e as iniquidades sociais no país. Em vista das discussões político-institucional ano de 2004 no Brasil, diversas ações governamentais relacionadas à pobreza e as desigualdades sociais foram implementadas, contudo não houve sucesso e, conseqüentemente, muitas pessoas ainda estão desabrigadas.

Considerando este fato, a Instrução Operacional conjunta Secretaria Nacional de Assistência Social - SNAS e Secretaria Nacional de Renda e Cidadania - SENARC Nº 07, de 22 de novembro de 2010 - reúne orientações aos municípios e Distrito Federal para a

inclusão de Pessoas em Situação de Rua no Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal (CADUNICO), através de Centros de Referência Especializados para Pessoas em Situação de Rua (Centro POP). Para a população em situação de rua, o sistema de cadastramento único é importante, pois auxilia o governo na formulação de políticas públicas voltadas para suas necessidades. Além disso, também permite o acesso a diversos programas sociais.

Segundo Varanda e Adorno (2004), expõem-se os perigos e as condições insalubres das ruas, pessoas que o usa para sobreviver, riscos cumulativos que requerem intervenção de acordo com seu tratamento direcionado especificidade, desafiando, assim a universalidade, a integralidade proporcionada no sistema único de saúde.

Apesar de implementar programas complementares que beneficiam essa população, há precariedade grande de informações que contribuam para o aprimoramento da atenção a esse segmento nas diversas políticas públicas. Ressaltando outros fatores para a ressocialização, existe uma grande quantidade de população em situação de rua que são analfabetos.

CONSULTÓRIO NA RUA

O Ministério da saúde por meio da portaria Nº 122, DE 25 DE JANEIRO DE 2011, define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua.

Chamamos de Consultório na Rua equipes multiprofissionais que desenvolvem ações integrais de saúde frente às necessidades dessa população. Elas devem realizar suas atividades de forma itinerante e, quando necessário, desenvolver ações em parceria com as equipes das Unidades Básicas de Saúde do território (BRASIL, 2012).

Existe uma tríade, um esquema da estruturação fundamental para o funcionamento para o consultório de rua, a atenção básica, a estratégia de saúde na família (ESF) sem domicílios e saúde mental.

A Política Nacional de Atenção Básica – PNAB/Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, caracteriza a atenção básica como um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde, com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2012).

A sua motivação nasceu de movimentos sociais, que mostraram as muitas outras necessidades da população em situação de rua, além da redução de danos e da atenção à dependência química de álcool e outras drogas.

Sob a perspectiva histórica, compreende-se essa população marcada por um processo de exclusão dos serviços de saúde, presença se traduz em forte incômodo tanto para os profissionais de saúde quanto para os profissionais, em face dessa realidade, faz se necessário que a criação de vínculos com essa população tratando-o com igualdade e respeito de forma humanizada, criando assim um vínculo de confiança dando continuidade ao atendimento, devendo abordar moradores de rua, identificando as causas da sua situação, acionar os diversos setores que pudessem auxiliar na busca por um vínculo familiar e ocupação, além do atendimento visando à promoção da saúde, com tratamento e exames clínicos.

A partir do momento em que a equipe passa a ter vínculo legitimado com a população em situação de rua, naturalmente haverá a inclusão dessa população nas unidades básicas de saúde.

EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE

O Ministério da saúde por meio da portaria nº 2.761, de 19 de novembro de 2013, institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS). Considerando a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. O Ministério da saúde define educação popular em saúde como:

Representa o conjunto de conceitos polissêmicos, que ganham expressão concreta nas ações sociais orientadas pela construção de correspondência entre as necessidades sociais e a configuração de políticas públicas, proporcionando lutas coletivas em torno de projetos que levem à autonomia, solidariedade, justiça e equidade (BRASIL, 2007).

Encontra-se quatro eixos estratégicos definidos na Portaria nº 2.761/GM/MS, de 19 de novembro de 2013, impulsionando ações da Educação Popular em Saúde no SUS que abrangendo Participação, Controle Social e Gestão Participativa, Formação, Comunicação, Produção de Conhecimento, Cuidado em Saúde e Intersetorialidade. Baseando em seu princípio envolvendo acolhimento e humanização.

Ao promover espaço institucional para as ações de Educação Popular e mobilização social, o Ministério da Saúde assume o compromisso de ampliar e fortalecer a participação da sociedade na política de saúde desde sua formulação ao exercício do controle social (BRASIL, 2007).

Com o intuito de melhorar a educação no país, muitos programas do Ministério da Educação e da Saúde são propostos com foco em resolver o problema de saúde no Brasil.

Compreender e captar a visão que a pessoa tem sobre determinado problema, ouvir as necessidades da população de vulnerabilidade e criar um método educativo conforme a realidade de cada indivíduo.

A Educação Popular na Saúde implica atos pedagógicos que fazem com que as informações sobre a saúde dos grupos sociais contribuam para aumentar a visibilidade sobre sua inserção histórica, social e política, elevar suas enunciações e reivindicações, conhecer territórios de subjetivação e projetar caminhos inventivos, prazerosos e inclusivos (BRASIL, 2007).

Independente do panorama atual da democratização da cultura passa por diversos desafios, dados mostram que o acesso aos bens culturais, étnicas, raciais no Brasil está ampliando a gestão participativa no SUS.

Trata-se de uma prática voltada à promoção, proteção e recuperação da saúde, que tem como alicerce a diversidade de saberes, que privilegia o diálogo entre o saber popular, a ancestralidade, a geração do conhecimento e sua inserção do sistema único de saúde.

Pode-se concluir em virtude dos fatos a importância da educação popular em saúde realçando a dimensão cultural do processo de transformação social através da pedagogia trazendo uma consciência popular que levam a querer mudanças na sociedade.

METODOLOGIA

Refere-se de uma pesquisa de natureza aplicada, delineamento bibliográfico, e abordagem qualitativa descritiva, explicativa e exploratória.

Para Gil (2008) a pesquisa bibliográfica é desenvolvida com base em material já elaborado, ou seja, material oficialmente publicado. São constituídos principalmente de livros e artigos científicos.

A abordagem qualitativa responde as questões particulares. Ela se preocupa, nas ciências sociais, com um nível subjetivo da realidade que não pode ser quantificada com atitudes, busca compreender relação, o significado, assim, a percepção e a interpretação relações dos processos e fenômenos (MINAYO, 2010).

A pesquisa Descritiva se atribui por descrever as características de uma determinada população ou fenômeno. Reside do uso de técnicas para coleta de dados de acordo com observações sistemáticas (GIL, 2008).

Para Gil (2008) a pesquisa explicativa tem como foco central de identificar fatores que contribui para determinada ocorrência. É o tio de pesquisa que precisa da avaliação do autor aprofundando seu conhecimento da realidade.

O estudo foi distribuído nas seguintes etapas: Identificação do tema, seleção das questões norteadoras, definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados, categorização dos estudos e avaliação dos estudos incluídos.

Pretendendo elucidar esse aspecto, optou-se por analisar uma revisão por meio de bibliográfica no período de fevereiro a março de 2021. Com o intuito de aprofundar tal compreensão, foram investigados nas bases de dados LILACS, SCIELO, BDNF e BIREME, disponível na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS). Em busca inicial foram encontrados 14 artigos. Por meio da leitura dos resumos disponíveis excluiu-se 9 publicações e destas, 5 foram instrumentos para o estudo, onde apenas 3 foram selecionados para construção dos resultados.

Foram utilizados como critério de exclusão: Artigos e obras com publicação anterior a 2016; Artigos em idioma não acessível; Publicações relacionadas a uso de substância, como cocaína, crack; Discussões sobre pneumonia viral; Temas relacionados à saúde bucal.

Os descritores foram definidos a partir da terminologia em saúde consultada no decs: População de rua, acolhimento e educação e saúde.

A estratégia utilizada para a localização dos artigos foi o seguimento do eixo norteador do estudo, baseado nos descritores.

A categorização é um procedimento de agrupar dados considerando a parte comum existente entre eles. classifica-se por semelhança ou analogia, segundo critérios previamente estabelecidos ou definidos no processo. estes critérios podem ser semânticos, originando categorias temáticas. podem ser sintáticos definindo-se categorias a partir de verbos, adjetivos, substantivos, etc. as categorias podem ainda ser constituídas a partir de critérios léxicos, com ênfase nas palavras e seus sentidos ou podem ser fundadas em critérios expressivos focalizando em problemas de linguagem. cada conjunto de categorias entretanto, deve fundamentar-se em apenas um destes critérios (bardin, 1977).

Sendo assim, os estudos foram organizados em 02 (duas) categoriais, dentre eles: Categoria 1: Descrevendo para a enfermagem o processo do cuidar e qualidade de vida no contextos sociais peculiares atrelado a uma alta vulnerabilidade social.; Categoria 2: A complexidade do fortalecimento da rede assistencial para a população em situação de rua.

Título do Artigo	Ano	Autores	Revista
Direito à saúde da população em situação de rua: reflexões sobre a problemática	2016	Paiva IKS et al	Ciênc. saúde coletiva
Políticas públicas de assistência social para população em situação de rua: análise documental	2016	Gomes DL, Elias FTS	Com. Ciências Saúde. 2016, ID: biblio-907583
Práticas de Cuidado em Saúde de Pessoas em Situação de Rua: Um Estudo de Representações Sociais.	2017	Silva, Itana Carvalho Nunes.	BDENF – Enfermagem, Salvador; s.n; 2017. 108P p., ID: biblio-1120269

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Após a avaliação dos artigos, estes foram divididos em duas categorias, a fim de organizar e otimizar a discursão sobre elas.

Categoria 1: Descrevendo para a enfermagem o processo do cuidar e qualidade de vida no contextos sociais peculiares atrelado a uma alta vulnerabilidade social.

A primeira categoria foi realizada com base em dois artigos intitulados: “Práticas de Cuidado em Saúde de Pessoas em Situação de Rua: Um Estudo de Representações Sociais”; “Direito à saúde da população em situação de rua: reflexões sobre a problemática”

O primeiro estudo intitulado “Práticas de Cuidado em Saúde de Pessoas em Situação de Rua: Um Estudo de Representações Sociais” refere-se ao cuidado em saúde, evidenciando ações complexas e inerentes ao ser humano, tendo em foco no problema de ordem social, cultural e poder assegurando. Entretanto, a população deve ter conhecimento relativo aos seus direitos básicos associados ao conhecimento e o cuidado de si. Desta maneira, o estigma dessa população deve possuir um olhar ampliado, findando um olhar vinculado a uma percepção de fragilidade do caráter, temida pela sociedade. Para Silva et al., 2017 reforça que:

(...) contexto vivido pela humanidade, de constantes mudanças e intensas transformações políticas, éticas/morais, econômicas, culturais, sociais e ambientais é urgente pensar em um cuidado em saúde mais holístico, que consiga atender a todos/as na sua integralidade principalmente quando o assunto passa a ser pautado em torno da população em situação de rua porque todos os princípios de universalidade, equidade, igualdade, justiça, resolutividade, acessibilidade precisarão ser submetidos ao extremo para que o indivíduo possam ter o seu direito à saúde e ao cuidar de si garantidos (SILVA et al., 2017 p.30).

É de conhecimento geral a população em situação de rua são as que mais sofrem com a falta de recursos básicos oferecidos para a população. De acordo com o texto acima, os princípios da universalidade estão sendo desprezados principalmente nos valores culturais, sendo assim, vivendo a dinâmica do adoecimento condicionado no contexto social podendo manter a vida garantindo a satisfação de um conjunto de necessidades. Em observação do quadro (3) três página 59: Preconcepção das Classes, Categorias e Subcategorias emergentes da Análise de Conteúdo Temática, com suas respectivas frequências simples e relativas, Salvador, 2017, descreve os cuidados em saúde além da saúde em si.

Sob a perspectiva da pesquisa, para essa população, cuidar de si está fortemente influenciada pelo modelo biomédico, entende-se que qualidade de vida no contexto cuidar de si é uma percepção individual que este relacionado à sua cultura e hábitos no meio social, o núcleo central relaciona alimentação higiene em foco no processo de adoecimento, no qual práticas sofrem intervenções do modelo hegemônico que antepõe ações curativas.

É de fundamental importância o enfermeiro como educador em saúde é o profissional mais habilitado a orientar, identificar e reconhecer ações de redução de danos problemas com a saúde e higiene, responsável por acompanhar a evolução do plano de cuidado individual dessa população.

Segundo o estudo intitulado “Direito à saúde da população em situação de rua: reflexões sobre a problemática” reforça a importância das políticas de saúde, em foco na produção de conhecimento, determinantes sociais do processo saúde-doença dessa população. Significados e perspectiva compreender como os indivíduos concebem o processo saúde-doença e enfrentam os problemas de saúde. Para Paiva IKS et al. (2016) os sem-teto, saúde e doença têm muitos significados: não conceitos primários ou secundários, mas sim, conceitos no que é pessoalmente significativo de experiência. Alguns estão relacionados à saúde sem doença, outras referências saúde, bem-estar, felicidade, prevenção dependência química ou abrigo.

“[...] a gente não quer só comida”. É comum, ainda, que o morador de rua esteja com roupas sujas e/ou não tenha tomado banho, o que faz com que ele seja mal-recebido na sala de espera do serviço de saúde (Paiva IKS et al, 2016.p 2602)

Vale ressaltar a importância do reconhecimento das necessidades dessa população para melhor atendê-los, sendo assim a compreensão que suas necessidades vão além do alimento, que para o processo de saúde, do cuidado sai do parâmetro saúde e doença, precisão de higiene, arte que contribui para o bem-estar físico e mental atrelado a qualidade de vida. E por meio da estratégia da família, principalmente para o enfermeiro é essencial entender as necessidades da PSR criar e manter um vínculo despertando sentimento de confiança e proteção para que assim tenha continuidade com maior liberdade para desenvolver suas estratégias de promoção à saúde ofertando seus cuidados com a equipe de saúde conservando a manutenção da qualidade de vida.

Categoria 2: A complexidade do fortalecimento da rede assistencial para a população em situação de rua.

A segunda categoria foi constituída a partir do artigo intitulado “Políticas públicas de assistência social para população em situação de rua: análise documental”.

O estudo intitulado “Políticas públicas de assistência social para população em situação de rua: análise documental” relata que no âmbito do governo federal, são realizadas ações e serviços de assistência social à população em situação de Rua no Brasil, no intuito expor as necessita de medidas específicas de assistência social para garantir direitos, orientação, atendimento institucional e reinserção social esses indivíduos em risco e vulnerabilidade. O texto deixa explícita a importância a necessidade de lutar pela justiça e proteger os direitos e a dignidade da população. Gomes DL, Elias FTS (2016) afirmam que:

As perdas, frustrações, violências sofridas geram impotência perante à vida e uma profunda quebra de vínculos com a sociedade. Ao mesmo tempo, o ambiente social ignora e transforma essa realidade invisível. Esse grupo singular requer novas abordagens para a execução da política de assistência social, entre elas, a total integração com outras políticas públicas, de habitação e geração de renda, entre outras que respondam às suas necessidades (GOMES; ELIAS, 2016).

Pode-se afirmar que a saúde, o emprego, a habitação e a integração social deste grupo não ocorreram devido à falta de recursos para expandir a implementação das operações de ajuda.

Dessa forma, faz-se necessário destacar a importância do enfermeiro da atenção básica, pois são cruciais para a população em situação de rua, logo coordena esses programas atuando na política nacional de atendimento integral à saúde e viabilização dos programas a saúde, acolhimento e aprendizagem, sendo assim, protagonistas no processo do cuidar, desta forma, os objetivos são ampliar o acesso da população prestando assistência aos serviços de saúde de maneira mais oportuna e integral a este grupo em situação de vulnerabilidade, integrando-se assim na vida da população em situação de rua, estabelecendo-se desta forma o para aliviar a dor do rompimento dos laços familiares.

Dado exposto, a enfermagem pode utilizar estratégias sábias e eficazes que podem interferir positivamente no comportamento da população assistida diante de dúvidas e conexões com o processo do cuidar. Elas envolvem a capacitação de sua equipe multidisciplinar, orientação e acolhimento desses indivíduos, no intuito de evitar situações de agravos decorrentes da vida na rua.

Nesse cenário as ações foram cautelosamente divididas em categorias, visando organizar e apontar as necessidades da população em situação de rua destacando suas visões do que é cuidar. Na categoria 1 intitulada descrevendo para a enfermagem o processo do cuidar e qualidade de vida no contextos sociais peculiares atrelado a uma alta vulnerabilidade social observamos o sofrimento com a falta de recursos básicos e a percepção individual que este relacionado à sua cultura e hábitos no meio social, logo, dando a importância do reconhecimento das necessidades dessa população para melhor atendê-los, gerando compreensão que suas necessidades vão além do alimento, que para o processo de saúde, do cuidado sai do parâmetro saúde e doença conservando a manutenção da qualidade de vida.

Já na segunda categoria nomeada A complexidade do fortalecimento da rede assistencial para a população em situação de rua, as políticas aparecem como uma ponte para suprir a necessidade da população em rua para a ressocialização. Isso acontece devido ao surgimento de políticas públicas e o surgimento de programas sociais, contudo a furos nesse processo por falta de expansão dessas implementações.

Os elementos até aqui considerados permitem promover a reflexão do tema, o debate e, principalmente despertar nos futuros e nos profissionais já atuantes a vontade de fazer diferença para a população vulnerável deixando de ser apontada por sua identidade inexistente rompendo muro social. Pois, acolhimento e educação transformam.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AIEXE, E. (2011). População em situação de rua e o direito à Cidade. *Pensar BH/Política Social*, n. 29, pp. 5

AL ALAM, Maria do Carmo Ledesma. População em situação de rua: Território como lugar de trabalho. 2014. 88f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2014.

BRASIL, Portaria Nº 2.436, 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). Brasília, DF, setembro de 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html#:~:text=Ap

rova%20a%20Pol%C3%ADtica%20Nacional%20de,%C3%9Anico%20de%20Sa%C3%BAde%20(SUS). Acesso em: 25.fev.2021.

BRASIL. **Caderno de Educação Popular e Saúde**. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_educacao_popular_saude_p1.pdf. Acesso em: 27.fev.2021.

Brasil. Decreto Presidencial nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersectorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Seção 1. 24 Dez 2009.

Brasil. LEI Nº 13.714, DE 24 DE AGOSTO DE 2018.que altera a lei n 8.742, de 7 de dezembro de 1993, que dispõe sobre a organização da Assistência Social.. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/L13714.htm. Acesso em: 25.fev.2021.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 2.mar.2021.

Brasil. Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, para dispor sobre a responsabilidade de normatizar e padronizar a identidade visual do Sistema Único de Assistência Social (Suas) e para assegurar o acesso das famílias e indivíduos em situações de vulnerabilidade ou risco social e pessoal à atenção integral à saúde.

Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua. Brasília, DF: MS, 2012. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_cuidado_populacao_ua.pdf. Acesso em: 25.fev.2021.

Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Caderno de Educação Popular e Saúde. Brasília, DF, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.488, de 21 de fevereiro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 24 out.2011b.

BRASIL. PORTARIA Nº 122, DE 25 DE JANEIRO DE 2011. Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0122_25_01_2012.html. Acesso em: 25.fev.2021.

BRASIL. PORTARIA Nº 2.761, DE 19 DE NOVEMBRO DE 2013. **Institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS)**. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2761_19_11_2013.html. Acesso em: 2.mar.2021.

BRASIL. SAÚDE DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA: UM DIREITO HUMANO. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_populacao_situacao_rua.pdf. Acesso em: 25.fev.2021.

DI FLORA, M. C. Mendigos: porque surgem, por onde circulam, como são tratados? Petrópolis: Vozes, 1987.

escorel,sarah. vivendo de teimosos: moradores de rua da cidade do rio de janeiro. in: bursztyn, marcel (org). no meio da rua- nomades, excluidos e viradores. rio de janeiro: garamond, 2000

GIL, R.L. (2008). Licenciatura em Ciências Biológicas, Disciplina de Pesquisa do Ensino de Ciências e Biologia: tipos de pesquisa. Disponível em: <https://wp.ufpel.edu.br/ecb/files/2009/09/Tipos-de-Pesquisa.pdf>. Acesso em: 18.mar.2021.

GOMES, Dalila Fernandes; ELIAS, Flávia Tavares Silva. Políticas públicas de assistência social para população em situação de rua: análise documental. Comunicação em Ciências da Saúde, Brasília, v. 27, n. 2, p. 151-158, 2016. ID: biblio-907583 <https://wp.ufpel.edu.br/ecb/files/2009/09/Tipos-de-Pesquisa.pdf>

Instrução Operacional Conjunta, nº 07, de 22 de novembro de 2010,. 2010, 22 nov. 2010. Disponível em: http://www.mds.gov.br/webarquivos/legislacao/bolsa_familia/instrucoes_operacionais/2010/io_conjunta07%20_senarc.pdf. Acesso em: 2.mar.2021.

IPEA- INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **População em situação de rua cresce e fica mais exposta à Covid-19.** Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=35811. Acesso em: 18.fev.2021.

IPEA- INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA EM TEMPOS DE PANDEMIA: UM LEVANTAMENTO DE MEDIDAS MUNICIPAIS EMERGENCIAIS.** Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota_tecnica/200610_nt_74_diset.pdf. Acesso em: 18.fev.2021.

MATTOS, R. M. *Situação de rua e modernidade: a saída das ruas como processo de criação de novas formas de vida na atualidade.* 2006. 249 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade São Marcos, São Paulo, 2006.

Minayo, M. C. S. (2010). Metodologia de pesquisa social em saúde. In M. C. S. Minayo (Org.), *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde* (pp. 39-76). São Paulo: Hucitec.

MPSP. **DIREITOS DOS MORADORES DE RUA: UM GUIA NA LUTA PELA CIDADANIA E CIDADANIA.** Disponível em: http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/cao_civel/acoes_afirmativas/pessoasrua/pes_cartilhas/Cartilha%20Moradores%20de%20Rua.pdf. Acesso em: 18.fev.2021.

MPSP. **POLÍTICA NACIONAL PARA INCLUSÃO SOCIAL DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA.** Disponível em: http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/cao_civel/acoes_afirmativas/inclusaooutros/aa_diversos/Pol.Nacional-Morad.Rua.pdf. Acesso em: 18.fev.2021.

PAIVA, Irismar Karla Sarmiento de et al . Direito à saúde da população em situação de rua: reflexões sobre a problemática. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 21, n. 8, p. 2595-2606, Aug. 2016. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000802595&lng=en&nrm=iso>. access on 25 Mar. 2021. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015218.06892015>.

PAPELU, A.; HUBLEY, A.M.; RUSSELL, L.B.; GADERMANN, A.M.; CHINNI, M. Quality of life themes in Canadian adults and street youth who are homeless or hardto-house: a multi-site focus group study. *Health Qual Life Outcomes*. 2012 Aug 15;10:93. Disponível em: *Portaria nº122* (2011, 25 de janeiro). Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua. Brasília, DF: Presidência da República

SENADO FEDERAL. **Atividade Legislativa: Art. 5º.** Disponível em: https://www.senado.leg.br/atividade/const/con1988/con1988_15.12.2016/art_5_.asp. Acesso em: 28.fev.2021.

SENADO FEDERAL. **Atividade Legislativa: Art. 6º.** Disponível em: https://www.senado.leg.br/atividade/const/con1988/con1988_15.12.2016/art_6_.asp. Acesso em: 28.fev.2021.

SILVA, ITANA CARVALHO NUNES. Práticas de Cuidado em Saúde de Pessoas em Situação de Rua: Um Estudo de Representações Sociais. *Salvador; s.n; 2017. 108P p.* ID: biblio-1120269. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/26002/1/DISSERTA%c3%87%c3%83O%20-%20ITANA%20CARVALHO%20NUNES%20SILVA.pdf>. Acesso em: 24.mar.2021.

SILVA, Maria Lucia Lopes da. Mudanças recentes no mundo do trabalho e o fenômeno população em situação de rua no Brasil 1995-2005. 2006. 220 f. Dissertação (Mestrado em Política Social)-Universidade de Brasília, Brasília, 2006

VARANDA, Walter; ADORNO, Rubens de Camargo Ferreira. Descartáveis urbanos: discutindo a complexidade da população de rua e o desafio para políticas de saúde. **Saude soc.**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 56-69, Apr. 2004. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902004000100007&lng=en&nrm=iso>. access on 18 fev. 2021. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902004000100007>.

Ana Beatriz Andrade Alves

Discente do Curso de Enfermagem do Centro Universitário Augusto Motta

Lidiane Lima Santos

Discente do Curso de Enfermagem do Centro Universitário Augusto Motta

Maria do Carmo Amaral Brito

Discente do Curso de Enfermagem do Centro Universitário Augusto Motta

Alciléa Barbosa de Andrade Sóra

Discente do Curso de Enfermagem do Centro Universitário Augusto Motta

RESUMO

Trata-se de uma pesquisa que tem por objeto a endometriose e o enfermeiro na promoção da saúde. Endometriose é definida como o crescimento de glândulas do endométrio (membrana que reveste a parede do útero) e de estroma (tecido de sustentação de um órgão) para fora da cavidade uterina, geralmente na região da pelve (bacia), mas que também pode ocorrer em outras partes do corpo. Trata-se de uma doença comum, benigna, crônica e estrógeno dependente. Ocorre quase que exclusivamente em mulheres em idade reprodutiva, de 25 a 35 anos, com prevalência estimada em 10% nessa população. Objetivos: pretendeu-se: traçar o perfil da mulher a endometriose, e estimular a promoção á saúde a mulher com endometriose pelo Enfermeiro. Metodologia: Revisão bibliográfica, descritiva e qualitativa, onde foram levantados (20) artigos com buscar nas bases de dados revistas, artigos científicos, Ministério da Saúde. Selecionaram-se artigos íntegra, no período de maio a junho de 2019. Coletaram-se informações a partir dos instrumentos, apresentaram-se os resultados por meio de perguntas norteadoras. Resultados: A endometriose ocorre predominantemente em mulheres que se encontram em idade fértil. A idade média de diagnóstico situa- se nos 25-29 anos. Quanto as apresentações clínicas mais comuns são infertilidade e dor pélvica – dismenorreia, dispareunia, dor pélvica cíclica. O Tratamento da endometriose tem se apresentado como um desafio para os profissionais da saúde. O tratamento é individualizado, devem ser considerados os sintomas, locais acometidos pela doença, profundidade das lesões, e se existe o desejo ou não de engravidar. Em primeiro lugar, o tratamento visa a redução de sintomas, e em segundo, evitar o progresso da doença. Considerando que a endometriose é a doença da mulher moderna, observou-se com este estudo que a enfermagem como parte fundamental em educação e saúde tem o papel de informar as mulheres sobre sintomas e fatores predisponentes que ocasionam a doença. Conclusão: Conclui-se que para melhorar esse perfil dessas mulheres portadoras de endometriose, o enfermeiro deve garantir o conhecimento e empoderamento dessas mulheres, para que o sofrimento seja amenizado, promovendo ações em saúde.

Descritores: Endometriose; Enfermagem; Saúde.

INTRODUÇÃO

Este trabalho é um Projeto de Trabalho Final de curso (PTCC), do curso de enfermagem do Centro Universitário Augusto Motta. Trata-se de uma pesquisa que tem por objeto de estudo, a endometriose e o Enfermeiro na promoção à saúde. Contribuição do estudo é mostrar, apesar de ser um tema pouco falado, como é o perfil da mulher com endometriose, como o enfermeiro atua na promoção em saúde para mulher com endometriose.

O interesse por esse tema surgiu quando as autoras observaram que a endometriose é pouco abordada em estudos científicos abordados por enfermeiros. Busca-se abordar a relação e o acolhimento com essas mulheres em tratamento, que se encontram fragilizadas após o diagnóstico.

A Endometriose (a doença da mulher moderna) é uma doença ginecológica crônica, caracterizada pela presença de tecido funcional semelhante ao endométrio localizado fora da cavidade uterina, que acomete uma alta parcela das mulheres em sua fase reprodutiva, trazendo como consequências uma má qualidade de vida para a população feminina. É estimado, aproximadamente, que de 10 a 15% das mulheres em idade reprodutiva e 50% das mulheres com problemas de infertilidade tenham endometriose (BIANCO et al., 2011).

A endometriose representa uma afecção ginecológica afetando de 5-10% das mulheres em idade reprodutiva, mesmo se considerado isoladamente a população de pacientes com dor pélvica, os números variam de 40 a 60%, enquanto entre os pacientes com endometriose subfertilidade atinge percentuais 20-40%. O pico de incidência é entre 30 e 45 anos de idade. Essa doença ocorre em todos os grupos étnicos, embora as asiáticas têm o risco mais aumentado. Não costuma ser encontrada nas mulheres que tiveram mais de um filho (AMARAL et al,2018)

Dados recentes do DATASUS, de janeiro de 2009 a julho de 2013, revelam que o custo da doença no Brasil chega a 10,4 milhões de reais por ano, com grande parte destes recursos investidos na região Sudeste, apesar de não representar o maior número de internações. Acredita-se que isto ocorra devido à existência na região Sudeste de um maior número de cirurgias e, portanto, de um maior número de diagnósticos definitivos da doença, sendo o setor privado, o líder desta estatística, com 64,8% versus 35,2% do setor público. (PODGAEC,2014)

Segundo Podgaec (2014), o dado mais importante, na literatura mundial, foi publicado em 2011, por Nnoaham, que apontou em um levantamento multicêntrico em 16 centros clínicos de 10 países, que mulheres com endometriose, confirmadas cirurgicamente, perdem 38% de sua capacidade de trabalho, o que representa, sem dúvida, um grande impacto socioeconômico, além de a redução impactante na sua qualidade de vida.

A doença pode estar associada a muitos sintomas estressantes e debilitantes, como dor pélvica, dismenorreia severa, dispareunia e infertilidade, ou ser assintomática. A forma de classificação da endometriose mais utilizada é a da Sociedade Americana de Medicina Reprodutiva (American Society for Reproductive Medicine - ASRM), que leva em consideração o tamanho, a profundidade e a localização dos implantes endometrióticos (crescimento de células endometriais fora do útero), bem como a gravidade das aderências. Tal classificação vai do estágio (doença mínima – implantes isolados e sem aderências significantes) ao (doença grave – múltiplos implantes superficiais e profundos, incluindo endometriose, aderências densas e firmes). O nível de dor não está relacionado ao estágio da doença e sim à profundidade do implante endometriótico e à sua localização em áreas com maior presença de nervos (BRASIL,2010).

O projeto de lei 6215/13 (Iniciadora) estipula o Dia Nacional da Luta Contra a Endometriose. Este projeto foi criado após uma Audiência Pública onde foi instituído o dia

08 de maio como o Dia Nacional da Luta Contra a Endometriose. O deputado criador do projeto Roberto de Lucena (PV-SP) explicou que a endometriose merece atenção tanto por parte de médicos clínicos gerais como de ginecologistas, cujo objetivo específico é cuidar da saúde e da qualidade de vida das mulheres.

O estudo é de tamanho importância para nossa vida profissional, não só pela a presença do conteúdo, mais pela a maneira que foi abordado, na necessidade de mostrar a importância de se falar da endometriose.

De acordo com o desenvolvimento dessa pesquisa temática, procura responder algumas questões norteadoras: Como traçar o perfil da mulher com endometriose? Como enfermeiro promove atenção à saúde da mulher com endometriose?

Com o objetivo pretende-se: Analisar, através de revisão de literatura, o perfil da mulher com endometriose. Estimular a promoção à saúde a mulher com endometriose pelo Enfermeiro.

METODOLOGIA

Essa pesquisa foi realizada através da revisão bibliográfica descritiva, com abordagem qualitativa, a partir de estudos científicos sobre a endometriose.

A pesquisa bibliográfica é aquela que se realiza, segundo Severino (2007), a partir do registro disponível, decorrente de pesquisas anteriores, em documentos impressos, como livros, artigos, teses etc. Utilizam-se dados de categorias teóricas já trabalhadas por outros pesquisadores e devidamente registrados. Os textos tornam-se fontes dos temas a serem pesquisados. O pesquisador trabalha a partir de contribuições dos autores dos estudos analíticos constantes dos textos (SEVERINO, 2007, p.122).

Para Minayo (2001), a pesquisa qualitativa trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis. Aplicada inicialmente em estudos de Antropologia e Sociologia, como contraponto à pesquisa quantitativa dominante, tem alargado seu campo de atuação a áreas como a Psicologia e a Educação. A pesquisa qualitativa é criticada por seu empirismo, pela subjetividade e pelo envolvimento emocional do pesquisador (MINAYO, 2001, p. 14).

Como parâmetros de inclusão, foram utilizados artigos dentro da temática, com utilização das palavras-chave, disponíveis em qualquer língua e disponibilizados na íntegra e dentro do corte temporal descrito. Como padrão de exclusão, artigos fora da temática, disponibilizados em resumos e fora do corte temporal.

O corte temporal para coleta dos dados deu-se entre os meses maio à Junho de 2019, sendo utilizado para este estudo um total de 20 artigos, que atenderam aos critérios pré-estabelecidos.

RESULTADOS

No Brasil, existe dificuldade em encontrar profissionais de enfermagem que prestem assistência às portadoras de endometriose, uma vez que o papel do enfermeiro especialista em saúde da mulher sempre foi mais direcionado às demandas relativas à gravidez e ao parto.

Com relação aos custos com a endometriose, percebeu-se que existem custos diretos, relacionados a saúde e custos indiretos, relacionados a produtividade da mulher. Aliados a isto ainda se observou a presença nesta ocorrência de cirurgias, consultas, testes de monitoramento. Podemos acrescentar, em casos mais sérios, os custos referentes ao tratamento de infertilidade e o tratamento farmacológico.

As pacientes com endometriose fossem acompanhadas por uma equipe multiprofissional, composta por médicos ginecologistas, psicólogos ou profissionais da saúde mental, fisioterapeutas, enfermeiros, terapeuta sexual ou psicoterapeuta. A incorporação desses profissionais na rotina ginecológica de atendimento à endometriose permitiria um atendimento holístico às pacientes.

CONCLUSÃO

Podemos observar nesse sentido que o estudo desenvolvido, diz respeito o perfil da mulher com endometriose, o acolhimento da enfermagem com mulheres com endometriose. No que se refere em busca do comprometimento da qualidade dessas ações que correspondem as necessidades do acolhimento com usuárias que buscam um serviço de saúde.

Foi possível apontar atuação do enfermeiro no cuidado da enfermagem em endometriose, devendo promover ações de saúde que possa favorecer melhor autonomia, empoderamento, conhecimento dessas mulheres, com estratégias que contribuíssem para a qualidade de vida, que venha amenizar o sofrimento causado pela endometriose. As trocas de experiências que a enfermagem pode promover são excelentes para o processo do cuidar.

A enfermagem tem um papel integral nos cuidados das mulheres e deve compreender que a coleta de dados ajuda para um atendimento eficaz da sua saúde, com orientações essenciais, promovendo o acolhimento e a busca da valorização da vida, a mudança no modo como o cuidado em saúde é oferecida a estas mulheres. A base para estas mudanças poderá se tornar efetiva através das ações humanizadas adequadas, promovidas pela equipe de enfermagem, fazendo com que a mulher saiba como promover sua qualidade de vida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

– Epidemiologia, Fisiopatologia e Revisão Clínica e Radiológica Acta Radiológica Portuguesa, Vol.XX, nº 80, pág. 67-77, Out.-Dez., 2009.

Adriana Lima de O., Flávia Marina L. dos S., Geraldina dos Santos, Maria Iverlânia do N. S., Raphaella da Rocha M., Rosa Caroline M. V. III Jornada acadêmico da HUPAA. A IMPORTÂNCIA DO ACOLHIMENTO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM NO TRATAMENTO DA ENDOMETRIOSE. GEP NEWS, Maceió, v.1, n.1, p. 25-31, jan./mar. 2018. Disponível em <<http://www.seer.ufal.br/index.php/gepnews/article/download/4678/3285> >

Amaral PP et al. Aspectos diagnósticos e terapêuticos da endometriose. Rev Cient FAEMA: Revista da Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA, Ariquemes, v. 9, n. ed esp, p. 532-539, maio-jun, 2018. (2): 366-373. [citado 10 de janeiro de 2018]. Disponível em: <[http://www.fertstert.org/article/S0015-0282\(11\)00876-4/pdf](http://www.fertstert.org/article/S0015-0282(11)00876-4/pdf).>

BARBOSA, Delzuite Alves de Sousa, OLIVEIRA, Andréa Mara. SAÚDE & CIÊNCIA EM AÇÃO - Revista Acadêmica do Instituto de Ciências da Saúde v.1, n. 01:jul-dez.2015 43 ENDOMETRIOSE E SEU IMPACTO NA FERTILIDADE FEMININA. Disponível em <<http://revistas.unifan.edu.br/index.php/RevistaICS/article/view/116/95>>

BRASIL. Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 879, DE 12 DE JULHO DE 2016. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Endometriose. Disponível em<<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/agosto/02/Portaria-SAS879-PCDT-Endometriose-12-07-2016-ATUALIZA O.pdf>>/401/472>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 144, de 31 de Março de 2010. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas. Disponível em : Acesso em: 19 Ago. 2014

Burney RO, Giudice LC. Pathogenesis and pathophysiology of endometriosis. Fertil Steril. 2012;98(3):511-9.

CAMPOS, Cláudia, NAVALHO, Márcio, CUNHA, Teresa Margarida. Endometriose Crosera AMLV, Vieira CHF, Samama M, Martinhago CD, Ueno J. Tratamento da endometriose associada à infertilidade - revisão da literatura. Feminina 2010;38(5): 251-6.

DEL-MASSO, COTTA E SANTOS, ÉTICA EM PESQUISA CIENTIFICA: CONCEITOS E FINALIDADES,2007. Disponível em <https://acervodigital.unesp.br/bitstream/unesp/155306/1/unespnead_reei1_ei_d04_texto2.pdf> Disponível em < <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/15536/1/2008-Endometriose>>

DUNSELMAN GA et al. ESHRE guideline: management of women with endometriosis. Human Reprod. 2014;29(3):400-12.

Genáina Baumart e Vinícius Vigânigo. Revista Ciência em Pauta – Especial Endometriose. 2015. Disponível em <<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/133660/Revista%20endometriose%20-%20Gena%C3%ADna%20Baumart.pdf?sequence=1&isAllowed=y>> Ignacio A. N, Sabrina P.A e Rosany S.R, Métodos de Pesquisa, 2009. Disponível em<<http://www.ufrgs.br/cursopgdr/downloadsSerie/derad005.pdf>>

LABOISSIERE, P. Março amarelo marca mês de conscientização sobre a endometriose. Empresa Brasil de Comunicação. Brasília. 2019. Disponível em<<http://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2019-03/marco-amarelo-marca-mes-de-conscientizacao-sobre-endometriose>>

LASMAR, RB, LASMAR BP. Endometriose: o que nos leva a suspeitar da doença e quando indicar cirurgia para a paciente com endometriose? Rev Femina 2015; 43 (3):93- 95. [citado 02 de fevereiro de 2018]. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2015/v43n3/a5112.pdf>.

MARQUI, Alessandra Bernadete Trovó. ENDOMETRIOSE: DO DIAGNÓSTICO AO TRATAMENTO Rev Enferm Atenção Saúde [online]. jul/dez 2014; 3(2):97- 105

Nnoaham, KE et al. Impact of endometriosis on quality of life and work productivity: a multicenter study across ten countries. FertilSteril 2011; 96 10-PIATO, Sebastião. Tratado de ginecologia. São Paulo: Artes Médicas, 2009. p150

PODGAEC, S. Manual de endometriose / Sérgio Podgaec. -- São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), 2014

Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Portaria SAS/MS nº 144, de 31 de março de 2010. (Retificada em 27.08.10). Disponível em <<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2014/abril/02/pcdt-endometriose-retificado-livro-2010.pdf>>

RODRIGUES, Pamela dos Santos Costa, SILVA, Thiago Augusto Soares Monteir, SOUZA, Marilei de Melo Tavares. Endometriose – importância do diagnóstico precoce e atuação da enfermagem para o desfecho do tratamento. Revista Pró- UniverSUS. 2015 Jan./Jun.; 06 (1): 13-16. Disponível em <<http://editora.universidadevassouras.edu.br/index.php/RPU/article/download>>

Vila ACD, Vandenberghe L, Silveira NA. A vivência de infertilidade e endometriose: pontos de atenção para profissionais de saúde. Psic., Saúde & Doenças 2010,11(2):219-28

Taís Ivastcheschen

Enfermeira

Mestranda do Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde
Universidade Estadual de Ponta Grossa. Ponta Grossa-PR-Brasil

Clóris Regina Blanski Grden

Enfermeira

Doutora em Enfermagem

Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem e Saúde Pública
Universidade Estadual de Ponta Grossa. Ponta Grossa-PR-Brasil

Luciane Patrícia Cabral

Enfermeira

Mestre em Tecnologia em Saúde

Professora Colaboradora do Departamento de Enfermagem e Saúde Pública
Universidade Estadual de Ponta Grossa. Ponta Grossa-PR-Brasil

Danielle Bordin

Dentista

Doutora em Odontologia Preventiva e Social

Professora Colaboradora do Departamento de Enfermagem e Saúde Pública
Universidade Estadual de Ponta Grossa. Ponta Grossa-PR-Brasil

Péricles Martim Reche

Farmacêutico

Doutor em Saúde Coletiva

Professor Adjunto do Departamento de Enfermagem e Saúde Pública
Universidade Estadual de Ponta Grossa. Ponta Grossa-PR-Brasil

RESUMO

Objetivo: analisar a associação entre desempenho cognitivo e lesão por pressão. Métodos: estudo transversal, realizado com amostra por conveniência de 202 idosos internados, no período de setembro de 2017 a janeiro de 2018, em um hospital de ensino da região dos Campos Gerais. A coleta de dados contemplou rastreio cognitivo, questionário sociodemográfico/clínico e exame físico de pele para avaliação de lesões por pressão. Os dados apurados foram organizados e analisados por meio do software Stata® versão 12, inicialmente submetidos à análise exploratória e descritiva, subsequentemente a análise confirmatória, sendo calculadas as prevalências e razões de prevalência (RP). Para investigar a associação entre as variáveis, foram aplicados os testes de hipóteses Qui-Quadrado e exato de Fisher, com significância estatística de $p < 0,05$. Resultados: a presença de lesão por pressão foi verificada em 36 (17,8%) idosos, nesses houve predomínio do sexo masculino (61,1%), faixa etária de 60–70 anos (41,6%), baixa escolaridade (55,7%), cor da pele branca (63,9%), não tabagistas (77,7%), portadores de doenças crônicas (97,2%), mobilidade restrita (66,7%), tempo de internação de 1–10 dias (52,7%), e em uso de dispositivos médicos (88,9%). Observou-se que o baixo desempenho cognitivo (escore de 0–13 pontos no MEEM) foi um fator independente e significativamente associado à presença de lesões por pressão (RP=3,26; $p=0,004$). Conclusão: analisou-se que o baixo desempenho cognitivo foi um fator independente e significativamente associado

à presença de lesões por pressão. É fundamental identificar e direcionar intervenções voltadas à prevenção e monitoramento dessas condições que interferem significativamente na independência e autonomia do idoso.

Descritores: Enfermagem Geriátrica; Envelhecimento da Pele; Lesão por Pressão; Cognição; Hospitalização.

INTRODUÇÃO

Durante o processo de envelhecimento são constatadas alterações tegumentares e cognitivas [1]. Aumento da quantidade de gordura no organismo, perda gradual da elasticidade do tecido conjuntivo, diminuição do consumo de oxigênio e quantidade de água, dificuldade em selecionar as informações, redução da velocidade de processamento e diminuição na acurácia em tarefas são algumas alterações oriundas do processo de senescência [1].

Em comparação a outros segmentos populacionais, os idosos buscam por serviços de saúde e internações hospitalares com maior frequência, em períodos maiores e com possíveis complicações advindas de doenças crônicas [2-3].

Ao ser hospitalizado, o idoso torna-se mais suscetível a ocorrência de eventos adversos, com destaque para a lesão por pressão (LPP), que pode ser definida como um dano localizado na pele e/ou tecido subjacente, normalmente sobre proeminência óssea, resultante de pressão intensa e/ou prolongada em combinação com cisalhamento e demais fatores contribuintes [4].

Na população idosa internada, a prevalência da LPP pode variar entre 8% a 40% [1,5-6]. Pressão prolongada sobre o tecido, cisalhamento, umidade, fricção, idade, imobilidade, sensibilidade reduzida, alterações nutricionais, são fatores contribuintes que favorecem a ocorrência da LPP [1,7]. Além desses, a literatura tem destacado o declínio cognitivo como um importante fator de risco, devido a sua relação com a redução da capacidade funcional e diminuição da mobilidade [1,3].

Autores apontam que aproximadamente 35% dos idosos hospitalizados sofrem redução da sua capacidade cognitiva, o que corrobora a necessidade de desenvolver estudos acerca da relação entre o desempenho cognitivo e a LPP, para que ações de prevenção e cuidado possam ser planejadas e conduzidas pelos profissionais de enfermagem [8].

Ademais a LPP se configura como importante causa de morbidade e mortalidade na população idosa, contribuindo significativamente para o incremento no tempo de hospitalização e aumento dos custos do tratamento [9]. Diante do exposto, objetivou-se analisar a associação entre desempenho cognitivo e lesão por pressão.

METODOLOGIA

Estudo transversal, desenvolvido nos setores de internamento das clínicas médica, cirúrgica de infectologia e neurologia de um hospital de ensino dos Campos Gerais no período de setembro de 2017 a janeiro de 2018. A instituição se caracteriza como pública, oferecendo serviços apenas a pacientes usuários do Sistema Único de Saúde.

Adotou-se a amostragem não probabilística de conveniência com 202 idosos que atenderam os seguintes critérios de inclusão: a) ter idade acima ou igual a 60 anos; b) estar internado por no mínimo 24 horas na instituição no período da coleta de dados.

A coleta foi realizada por meio da aplicação do Mini Exame do Estado Mental para rastreio cognitivo, avaliação de lesões de pele por meio de inspeção, questionário sociodemográfico e clínico construído especificamente para o estudo [10].

O Mini Exame do Estado Mental (MEEM) é um instrumento que possui 11 itens agrupados em sete categorias, representadas por grupos de funções cognitivas específicas: orientação temporal, orientação espacial, memória imediata, atenção e cálculo, memória de evocação, linguagem e capacidade construtiva visual. A pontuação varia de zero a 30, sendo os seguintes pontos de corte para avaliação: 13 pontos para analfabetos; 18 pontos escolaridade baixa e média; e 26 pontos para escolaridade alta [10].

Especificamente para avaliação da lesão por pressão, esta foi realizada segundo a *National Pressure Ulcer Advisory Panel*, a qual apoia o uso universal de classificação da LPP. Foram observados os seguintes itens: estágio de lesão, localização cutânea da úlcera e área da lesão em centímetros [4].

A coleta de dados foi executada por enfermeiras residentes em saúde do idoso e acadêmicas de enfermagem bolsistas de iniciação científica, que foram capacitadas por uma enfermeira especialista em estomaterapia, com experiência clínica na área, por meio de 45 horas de atualização teórico-prática sobre avaliação de pele no idoso, a qual contemplou as seguintes temáticas: lesões elementares, lesão por pressão, lesão por fricção, lesão por adesivo, dermatites associadas à incontinência, prevenção e tratamento para lesão por pressão. Destaca-se que para os pacientes que apresentavam lesões, ações de cuidado e orientação foram conduzidas com equipe, idoso e familiar.

Os dados apurados foram tabulados e analisados por meio do software Stata® versão 12 (StataCorp LP, College Station, TX, USA). Inicialmente, submetidos à análise exploratória e descritiva, subsequentemente à análise inferencial, sendo calculadas as prevalências e razões de prevalência (RP). Para testar as diferenças entre proporções, foi empregado o teste do Qui-Quadrado, com significância estatística de $p < 0,05$. Na impossibilidade de realização do teste do qui-quadrado, usou-se o teste exato de Fischer.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas com seres humanos de uma Instituição de Ensino Superior conforme parecer nº 2.012.327 e Certificado de Apresentação para Apreciação Ética nº 66782217.9.0000.5689. Foram respeitados os preceitos éticos de participação voluntária e consentida de cada sujeito, conforme a resolução vigente à época da realização da pesquisa.

RESULTADOS

Dos 202 idosos pesquisados, 103 (51,0%) eram do sexo feminino, 86 (42,5%) com faixa etária entre 60-69 anos, 120 (59,4%) com baixa escolaridade (um a quatro anos de estudo incompletos), 147 (72,8%) de cor branca, 144 (71,3%) não eram tabagistas, 170 (84,3%) apresentavam doenças crônicas, 76 (37,6%) eram independentes para mobilidade, 166 (82,2%) ficaram internados entre 1-10 dias e 150 (74,3%) faziam uso de dispositivos médicos (Tabela 1).

Tabela 1. Características sociodemográficas e clínicas de idosos internados em um hospital de ensino, segundo presença de lesão por pressão. Paraná, Brasil, 2020.

Variáveis	Com Lesão por Pressão n (%)	Sem Lesão Por Pressão n (%)	Total n (%)
Sexo			
Feminino	14 (13,6)	89 (86,4)	103 (51,0)
Masculino	22 (22,2)	77 (77,8)	99 (49,0)

Faixa etária			
60 – 70	15 (17,4)	71 (82,6)	86 (42,6)
≥ 71 -79	12 (15,8)	64 (84,2)	76 (37,6)
≥ 80 e +	9(22,5)	31 (77,5)	40(19,8)
Escolaridade			
Baixa (1 a 4 anos de estudo incompletos)	20 (16,7)	100 (83,3)	120 (59,4)
Analfabeto	6 (18,8)	26 (81,3)	32 (15,8)
Media (4 a 8 anos de estudos incompletos)	5 (16,7)	25 (83,3)	30 (14,9)
Alta (≥ 8 anos de estudo)	5 (25,0)	15 (75,0)	20 (9,9)
Cor da pele			
Branco	23 (15,7)	124 (84,4)	147 (72,8)
Negro	6 (16,7)	30 (83,3)	36 (17,8)
Pardo	7 (36,8)	12 (63,2)	19 (9,4)
Tabagista			
Não	28(19,4)	116(80,6)	144(71,3)
Sim	8(13,8)	50(86,2)	58(28,7)
Portador de doença crônica			
Sim	35(20,6)	135(79,4)	170(84,2)
Não	1(3,1)	31(96,9)	32(15,8)
Mobilidade			
Restrita	24(33,8)	47(66,2)	71(35,2)
Independente	5(6,6)	71(93,4)	76(37,6)
Tecnologia (muleta, andador, bengala)	4(20,0)	16 (80,0)	20(9,9)
Auxílio	3(8,6)	32(91,4)	35(17,3)
Tempo de internação			
1 a 10 dias	19(11,5)	147(88,6)	166(82,2)
11 a 20 dias	11(47,8)	12(52,2)	23(11,4)
21 dias ou mais	6(43,2)	7(53,9)	13(6,4)
Uso de dispositivo médico			
Não	4(7,7)	48(92,3)	52(25,7)
Sim	32(21,3)	118(78,7)	150(74,3)

Fonte: os autores.

A presença de lesão por pressão foi verificada em 36 (17,8%) idosos, nesses houve predomínio do sexo masculino (61,1%), faixa etária de 60 – 70 anos (41,6%), com baixa escolaridade (55,7%), cor da pele branca (63,9%), não tabagistas (77,7%), portadores de doenças crônicas (97,2%), mobilidade restrita (66,7%), tempo de internação de 1 – 10 dias (52,7%), e em uso de dispositivos médicos (88,9%) (Tabela 2).

Tabela 2. Características sociodemográficas e clínicas de idosos internados em um hospital de ensino com lesão por pressão. Paraná, Brasil, 2020.

Variáveis	Com Lesão por Pressão n (%)
Sexo	
Feminino	14 (38,9)
Masculino	22 (61,1)
Faixa etária	
60 – 70	15 (41,6)

≥ 71 -79	12 (33,3)
≥ 80 e +	9(25,1)
Escolaridade	
Baixa (1 a 4 anos de estudo incompletos)	20 (55,7)
Analfabeto	6 (16,7)
Media (4 a 8 anos de estudos incompletos)	5 (13,8)
Alta (≥ 8 anos de estudo)	5 (13,8)
Cor da pele	
Branco	23 (63,9)
Negro	6 (16,7)
Pardo	7 (19,4)
Tabagista	
Não	28(77,7)
Sim	8(22,3)
Portador de doença crônica	
Sim	35(97,2)
Não	1(2,8)
Mobilidade	
Restrita	24(66,7)
Independente	5(13,8)
Tecnologia (muleta, andador, bengala)	4(11,1)
Auxilio	3(8,4)
Tempo de internação	
1 a 10 dias	19(52,7)
11 a 20 dias	11(30,5)
21 dias ou mais	6(16,7)
Uso de dispositivo médico	
Não	4(11,1)
Sim	32(88,9)

Fonte: os autores.

Observou-se que o desempenho cognitivo (escore de 0 – 13 pontos no MEEM) foi um fator independente e significativamente associado à presença de lesões por pressão (RP=3,26; p= 0,004) (Tabela 3).

Tabela 3. Razão de prevalência entre desempenho cognitivo e a presença de lesão por pressão em idosos internados. Paraná, Brasil, 2020.

Variáveis	Com lesão por pressão n (%)	Sem lesão por pressão n (%)	Total n (%)	Razão de Prevalência	Intervalo de Confiança 95%	p value
MEEM						
26 – 30	5(11,1)	40(88,9)	45(22,3)	1,00		
19 – 25	7(9,3)	68(90,7)	75(37,1)	0,84	0,28 - 2,49	0,753
14 – 18	3(12,5)	21(87,5)	24(11,9)	1,13	0,29 - 4,31	0,575
0 -13	21(36,2)	37(63,8)	58(28,7)	3,26	1,33 - 7,97	0,004

Fonte: os autores.

DISCUSSÃO

A prevalência de lesão por pressão neste estudo pode estar associada à complexidade das condições clínicas e características da amostra, dentre outras condições. Tais valores se contrastam aos resultados de estudos brasileiros os quais identificaram prevalências que variam entre 8 a 40%, nos Estados Unidos essa variação é menor de 4 a 14%, e na Europa varia entre 18 a 20% [1,5-6,11]. Estudos de prevalência hospitalar são diferentes entre si, devido a seleção, métodos e análises de dados, consequentemente tais taxas não devem ser generalizadas tampouco, comparadas.

Entre os participantes verificou-se predomínio do sexo masculino, em consonância com a pesquisa de coorte retrospectiva com 7132 participantes, realizada em Portugal, dos quais 52,1% eram do sexo masculino [12]. O fato dos homens procurarem menos os serviços de saúde como forma de prevenção faz com que doenças que poderiam ser evitadas ou diagnosticadas precocemente sejam identificadas somente em condições mais avançadas ou graves, quando o indivíduo procura a assistência a saúde levando a internação e agravos como as lesões [9].

Quanto a faixa etária, houve contraposição com pesquisa finlandesa quantitativa e descritiva com 229 participantes, cuja qual, verificou que os pacientes mais velhos apresentaram mais lesões por pressão do que os mais jovens [13], justificando-se possivelmente pela procura tardia aos serviços de saúde pelos idosos longevos em nosso cenário. Indivíduos idosos estão mais propensos a alterações cutâneas como diminuição da renovação celular e atrasos no processo de cicatrização reduzindo a tolerância da pele a traumas [14].

A baixa escolaridade verificada no presente estudo corrobora ao estudo transversal retrospectivo no Triângulo Mineiro, tal condição pode favorecer as lesões por pressão, porque o nível educacional é fator de prevenção a diversas situações de saúde e doença, facilitando o acesso a serviços, informações e autocuidado [15].

No que concerne a cor da pele, autores destacam que a cor branca é mais suscetível as lesões. Possivelmente explicada pela menor quantidade de substâncias de proteção natural na sua composição como melanina e colágeno [7,16]. No estudo transversal realizado com 259 idosos de Palmas, constatou-se que mais da metade (66,7%) dos participantes possuíam cor de pele branca, em consonância com o presente trabalho [16].

Semelhante a pesquisa de coorte prospectivo com 442 pacientes em hospital universitário de Belo Horizonte (225; 51,9%) revela-se a predominância de idosos não tabagistas [17]. Importante ressaltar que as substâncias relacionadas ao tabaco podem ocasionar quebra dos tecidos, lesões nas células e envelhecimento precoce interferindo na integridade da pele [18].

Quanto ao elevado índice de doenças crônicas, característica esperada devida a amostra composta por pacientes hospitalizados, os achados são semelhantes aos encontrados em revisão integrativa da literatura [1]. Pacientes com doenças crônicas podem precipitar alterações na circulação com diminuição do nível de oxigênio essencial a cicatrização, além da fragilidade advinda das referidas alterações [1].

A mobilidade restrita predominou entre pacientes que apresentam lesão por pressão, tal condição é considerada um fator independente para o aparecimento da mesma [19].

Relativo ao baixo tempo de internação identificado no presente estudo, os achados diferem aos dados da pesquisa nacional conduzida com 75 idosos, a qual identificou maior tempo de internação (mais de 10 dias) [20]. Quanto maior o tempo de internação maior a probabilidade de exposição a fatores de risco extrínsecos [20].

Sobre a alta prevalência do uso de dispositivos médicos, tal condição é praticamente imprescindível durante a internação para complementar ações do tratamento, contudo a

utilização dificulta as mudanças de decúbito, provoca aderência a pele que favorece o rompimento de lesões [21].

A associação entre o desempenho cognitivo e a lesão por pressão identificada apresenta consonância com resultados de uma revisão sistemática acerca dos fatores predisponentes para o desenvolvimento de lesão por pressão em pacientes idosos, a qual identificou esta relação em 8 estudos [1].

Pesquisa internacional, longitudinal realizada com 150 pacientes em um hospital escola da Tunísia demonstra cerca de 11 vezes mais risco de lesão por pressão em pacientes com funções cognitivas alteradas ($p < 0,001$), e em estudo nacional descritivo e exploratório parte do Estudo SABE (Saúde, Bem-estar e Envelhecimento), com amostra de 2143 idosos da comunidade evidenciou que a presença de qualquer tipo de lesão é maior entre aqueles com presença de declínio cognitivo, também corroborando com os achados do presente trabalho [22-23].

O declínio da capacidade cognitiva pode ocorrer de processos fisiológicos ao envelhecimento normal ou de transição pra demências, interferindo na capacidade de atividades funcionais ou da autonomia, dentre estas a capacidade de detectar sensações que indiquem a mudança na posição através do movimento com objetivo de aliviar a pressão, evitar isquemias e lesões [3]. Por outro lado, pacientes com lesão por pressão podem desenvolver quadros de infecção que afetam a cognição [24-25].

Destaca-se como limitação, que por se tratar de um estudo transversal não se pode apurar a relação de causa e efeito. Ademais a amostragem deste estudo é representativa de comunidade local, não permitindo generalizar os resultados para outros territórios.

CONCLUSÃO

Analisou-se que o baixo desempenho cognitivo foi um fator independente e significativamente associado à presença de lesões por pressão. Realizar o exame físico e a anamnese com qualidade é fundamental para conhecer o perfil cognitivo e tegumentar da população idosa internada, identificando possíveis grupos de risco e direcionando intervenções voltadas a prevenção e monitoramento dessas condições que interferem significativamente na independência e autonomia do idoso.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Souza NR, Freire DA, Souza MAO, et al. Predisposing factors for the development of pressure injury in elderly patients: an integrative review. ESTIMA. 2017; 15(4): 229-39. doi: 10.5327/Z1806-3144201700040007
2. Nunes BP, Soares MU, Wachs LS, et al. Hospitalization in older adults: association with multimorbidity, primary health care and private health plan. Revista de Saúde Pública. 2017; (51): 01-09. doi: 10.1590/s1518-8787.2017051006646.
3. Araujo KJC, Costa RCB, Balmant BD. Associação entre declínio cognitivo e estado nutricional de idosos hospitalizados. Colloq Vitae. 2018; 10(2): 05-12. doi: 10.5747/cv.2018.v10.n2.v226
4. NUAP. National Pressure Ulcer Advisory Panel. National Pressure Ulcer Advisory Panel announces a change in terminology from pressure ulcer to pressure injury and updates the stages of pressure injury. Chicago: Staging Consensus Conference; 2016.

5. Li Z, Lin F, Thalib L, et al. Global prevalence and incidence of pressure injuries in hospitalised adult patients: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Nursing Studies*. 2020; 105: 103546. doi:10.1016/j.ijnurstu.2020.103546
6. Jaul E, Barron J, Rosenzweig J, et al. An overview of co-morbidities and the development of pressure ulcers among older adults. *BMC Geriatrics*. 2018; 18(1): 1–11. doi: 10.1186/s12877-018-0997-7.
7. Grden CRB, Ivastcheschen T, Cabral LPA, et al. Skin injuries in hospitalized elderly. ESTIMA, *Brazilian Journal of Enterostomal Therapy*. 2018;16(e4118): 1–8. doi: https://doi.org/10.30886/estima.v16.639_IN
8. Nazario MPS, Silva VHT, Martinho ACBO, et al. Cognitive Deficit in Hospitalized Elderly According to Mini Mental State Examination (MMSE): Narrative Review. *J Health Sci*. 2018; 20(2): 131-4. doi: <http://dx.doi.org/10.17921/2447-8938.2018v20n2p131-134>
9. Pachá HHP, Faria JIL, Oliveira KA, et al. Pressure Ulcer in Intensive Care Units: a case-control study. *Rev Bras Enferm*. 2018; 71(6): 3027-34. doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0950>
10. Folstein MF, Folstein SE, Mchugh PR. “Minimental state”: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res*. 1975; 12(3):189-98. doi: 10.1016/0022-3956(75)90026-6
11. Rocha CS, Mendonça ASGB, Fernandes TG. Epidemiological and clinical profile of hospitalized patients with pressure injury in a reference hospital in Amazonas. *R Epidemiol Control Infec*. 2018; 8(3): 253-60. doi: <http://dx.doi.org/10.17058/reci.v8i3.11857>
12. Sardo PMG, Simões CSO, Alvarelhão JJM, et al. Analyses of Pressure Ulcer point Prevalence at the First Skin Assessment in a Portuguese Hospital. *J Tissue Viability*. 2016; 25(2): 75-82. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jtv.2016.02.006>
13. Koivunen M, Hjerppe A, Loutola E, et al. Risks and prevalence of pressure ulcers among patients in an acute hospital in Finland. *Journal of Wound Care*. 2018; 1(27): S4–S10. doi: 10.12968/jowc.2018.27.Sup2.S4
14. Zhang S, Duan E. Fighting against Skin Aging: The Way from Bench to Bedside. *Cell Transplantation*. 2018; 27(5): 729–38. doi: 10.1177/0963689717725755
15. Chavaglia SRR, Ohl RIB, Ferreira LA, et al. Characterization of patients with cutaneous lesion in hospitalization medical and surgical units. *Rev Enferm UFPE on line*. 2015; 9(1): 183-92. doi: 10.5205/reuol.6817-60679-1-ED.0901201526
16. Silva LMT. Idosos hospitalizados em risco de desenvolver lesão por pressão: contribuição do enfermeiro [trabalho de conclusão de curso]. Niterói: Universidade Federal Fluminense; 2016.
17. Matozinhos FP, Velasquez-Melendez G, Tiensoi SD, et al. Factors associated with the incidence of pressure ulcer during hospital stay. *Rev Esc Enferm USP*. 2017; 51(e03223). doi: <http://dx.doi.org/10.1590/s1980-220x2016015803223>

18. Carvalho A, Borda CC, Moreira DM, et al. Envelhecimento cutâneo induzido pelo tabagismo. *Atas de Ciências da Saúde*. 2016; 3(3).
19. Sardo PMG, et al. Pressure ulcer incidence and Braden subscales: Retrospective cohort analysis in general wards of a Portuguese hospital. *Journal of Tissue Viability*. 2018; 27(2): 95–100. doi: 10.1016/j.jtv.2018.01.002
20. Silva CFR, Guedes JAD, Alvarelhão JJM, et al. High prevalence of skin and wound care of hospitalized elderly in Brazil: a prospective observational study. *BMC Research Notes*. 2017; 10(81). doi:
21. Galetto SGS, Nascimneto ERP, Hermida PMV, et al. Medical Device-Related Pressure Injuries: an integrative literature review. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2019; 72(2): 528–536. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0530>
22. Ghali H, Chouket R, Cheikh AB, et al. Incidence and Risk Factors of Pressure Ulcers in a Tunisian University Hospital. *Nursing and Health Care*. 2019; 4(1). doi: <https://doi.org/10.33805/2573.3877.133>
23. Duim E, Sá FHC, Oliveira Duarte YA, et al. Prevalence and characteristics of lesions in elderly people living in the community. *Rev Esc Enferm USP*. 2015; 49(esp):50-6. doi: dx.doi.org/10.1590/S0080-623420150000700008
24. Terra MR, Silva RS, Pereira MGN, et al. Enterococcus spp and Staphylococcus aureus in pressure in injury. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research*. 2017; 18(2): 141-48.
25. Junior RFM, Costa AN, Maneschy RB, et al. Principais fatores de risco para delirium encontrados nos pacientes idosos internados nas enfermarias de clínica médica de um hospital da Amazônia. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*. 2019; 17(e272). doi: <https://doi.org/10.25248/reas.e272.2019>

Adriana Gomes Vieira

Discente do Curso de Graduação em Farmácia do Centro Universitário Augusto Motta

Carla Cristini Rangel do Prado dos Santos

Discente do Curso de Graduação em Farmácia do Centro Universitário Augusto Motta

Eliza Carla Melo Gomes de Carvalho de Souza

Discente do Curso de Graduação em Farmácia do Centro Universitário Augusto Motta

Gisele Felix dos Santos de Souza

Discente do Curso de Graduação em Farmácia do Centro Universitário Augusto Motta

Tatiane Alves Silva da Costa

Discente do Curso de Graduação em Farmácia do Centro Universitário Augusto Motta

Helena Portes Sava de Farias

Docente do Curso de Graduação em Enfermagem do Centro Universitário Augusto Motta

RESUMO

O presente projeto de pesquisa tem como objetivo aprofundar estudos de pesquisas qualitativas e descritivas sobre crise de ansiedade e depressão em idosos. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) a depressão é o mal do século, e a ansiedade ocorre diante de uma visão catastrófica dos eventos anunciando que algo perigoso e ameaçador pode acontecer. O Ministério da Saúde, na Portaria nº2874, de 30 de agosto de 2000 instituído pela Lei nº10.741, de 1º de outubro de 2003, regula os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a 60 anos. A pesquisa selecionou vários pesquisadores no DeCS (descritores em ciência de saúde), idoso and. Isolamento Social and. infecções por Corona vírus, pois além da depressão e ansiedade, a pandemia fez com que esse idosos ficassem mais solitários, pois são do grupo de risco devido a idade e a saúde. Acredita-se que a pesquisa possa trazer contribuições com a criação do Projeto de Intervenção para quem está nesta faixa etária, como atendimentos no SAC para Idosos, oficinas, palestras, workshop, onde todas serão remotas devido a pandemia, e pós-pandemia presenciais, sendo assim seria de grande valia para que esses idosos se sentissem bem mentalmente e fisicamente.

Descritores: Ansiedade em Idoso; Depressão; Covid – 19; Pandemia.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento é um processo natural do homem em um todo no qual altera suas habilidades físicas, motoras e psicológicas, modificando progressivamente o organismo do ser humano. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), idoso é todo indivíduo com 60 ou mais.

Uma das doenças que mais atinge os idosos é a depressão. De acordo com o IBGE (2018), pessoas com idades entre 60 e 64 anos representam a faixa etária com maior

proporção (11,1%), entre os 11,2 milhões de brasileiros diagnosticados com a doença e este índice vem aumentando com o passar dos anos.

Em tempo de isolamento social, verificou-se que muitos idosos residem sozinhos em seus lares longe de seus familiares. Isso pode acontecer por diversos motivos, alguns deles é a preservação de sua liberdade, rotinas e costumes.

Pessoas que passaram por eventos adversos durante a vida, como luto, violência, desemprego, são propícias a desenvolver a depressão.

Idosos muito debilitados que moram com suas famílias e se sente abandonado dentro de um cômodo da casa, tende a ter depressão porque tem o pensamento alto destrutivo, sensação de estar incomodando, sendo um peso na família ou alterando a rotina de algum familiar, na maioria das vezes os filhos, genros, noras ou até mesmo os netos (MELLO; TEIXEIRA, 2011).

Pesquisas apontam que os idosos sentem solidão pelo menos 1 vez por semana. Os idosos com depressão geralmente já perderam seus companheiros, moram distante dos seus filhos e netos ou residem em abrigos.

Idosos institucionalizados em asilos e casas geriátricas possuem uma probabilidade maior de desenvolver depressão, devido à mudança radical no estilo de vida, a necessidade de adaptação às novas regras de horários e atividades, convivendo com desconhecidos e longe da família, interferindo assim em sua autoestima, liberdade e sua identidade (PETTA, 2019).

O idoso tem uma imagem muito negativa de si, por não fazerem tudo o que faziam antes, por não se lembrar dos acontecimentos. Essa perda do autocuidado e da independência são fatores que também os afetam.

Nessa fase da vida os idosos tendem a se sentir excluídos socialmente, visto a dificuldade de se manter atualizado no mundo digital e totalmente diferente na realidade que estavam acostumados. A utilização de muitos medicamentos de uso contínuo, antidepressivo e vitaminas tende a ser mais uma das possíveis causas da depressão.

Pela vivência de uma das autoras ao perceber a insatisfação e a tristeza de idosos com as quais convivem fez com que o grupo tivesse o interesse em intervir nesse tema relacionado à depressão e crise de ansiedade em idosos, intervindo por meio de uma central de apoio onde o idoso poderá ligar quando se sentir sozinho e grupos de excursões voltadas para a 3ª idade; proporcionando assim uma melhor qualidade de vida no momento em que os idosos mais necessitam de carinho e atenção.

Contudo, para ter um envelhecimento saudável é preciso que os idosos atinjam um conjunto de condicionantes e determinantes do processo de saúde, dentre eles a interação uns com os outros proporcionando uma melhor qualidade de vida. Sabe-se que o exercício físico é imprescindível nessa fase da vida, pois diminui riscos de desenvolver algumas doenças incluindo a depressão, além da melhor absorção dos medicamentos.

Para tanto, indaga-se a seguinte pergunta: Como diminuir e/ou amenizar a solidão dos idosos que moram sozinhos?

Dessa maneira, o presente projeto de intervenção tem como objetivo geral: Desenvolver uma rede de apoio para os momentos nos quais os idosos se sentem sozinhos, proporcionando um conforto emocional. Já os objetivos específicos são: Identificar os fatores associados a sintomas depressivos em idosos inseridos em contexto social de alta vulnerabilidade em tempo de pandemia e identificar a causa da depressão conduzindo à atividade que melhor lhe atenda por meio de uma central de ajuda.

REFERENCIAL TEÓRICO

Depressão e Crise de Ansiedade

Tristeza profunda, falta de apetite, desânimo, pessimismo e baixa autoestima são sintomas que devem ser observados com cuidado, pois pode indicar um quadro de depressão, doença atualmente considerada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como o Mal do Século.

Não existe uma única causa para a depressão, observa-se que pessoa que tem uma boa qualidade de vida está menos propícia a desenvolver a doença, que tem uma boa alimentação, dorme bem, um bom convívio social e familiar, momentos de lazer, que possui resistência em enfrentar situações e que está bem clinicamente, pontua Aragão. (BRASIL, 2019)

Um Idoso quando está entrando em depressão tem o hábito de se isolar, e muitas das vezes isso é considerado normal pela família e que é coisa da idade, porém pode ser um sinal da depressão, que precisa de tratamento. Dalgalarondo (2000) afirma que:

No caso da ansiedade, são frequentes sintomas como insônia, tensão, angústia, irritabilidade, dificuldade de concentração, bem como sintomas físicos como taquicardia, tontura, cefaleia, dores musculares, formigamento, suor. Para o diagnóstico de uma síndrome ansiosa é importante verificar a intensidade dos sintomas e seu impacto na vida do indivíduo (DALGALARRONDO, 2000, p.03)

A ansiedade ocorre diante de uma visão catastrófica dos eventos, anunciando que algo perigoso e ameaçador pode acontecer. Para Skinner e Vaughan (1985), a ansiedade nos idosos está relacionada às limitações vivenciadas na velhice e, na maioria das vezes, interpretadas como ameaçadoras.

As pessoas com altos níveis de ansiedade apresentam uma tendência de antecipar sua inabilidade e questionar suas habilidades intelectuais. Essas percepções negativas interferem na atenção seletiva, na codificação de informações na memória, bloqueando a compreensão e o raciocínio, o que nessa fase da vida poderia ser a diferença entre uma saúde mental boa ou comprometida (COES, 1991, p.7).

Byrne (2002) destaca que são frequentes sintomas de ansiedade em idosos, e na maioria das vezes, a ansiedade vem associada a transtornos depressivos e a doenças físicas. Todavia, há poucas investigações a respeito da prevalência de ansiedade na população acima de 65 anos. A ansiedade em idosos com mais de 80 anos foi tema da pesquisa de Xavier *et al*(2001), na qual constatou que 10,6% dos 77 idosos participantes apresentavam transtorno de ansiedade generalizada. Os elevados índices de ansiedade estavam associados com sintomas depressivos, transtorno depressivo maior e depressão menor. Os autores ressaltam a importância da atitude do médico diante do idoso, devendo considerar a presença de comorbidades entre ansiedade e humor depressivo.

O Idoso

O Ministério da Saúde, na Portaria nº 2.874, de 30 de agosto de 2000 Instituído pela Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, regula os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a 60 anos.

Define as diretrizes básicas que fundamentam e norteiam as ações de proteção e de promoção da qualidade de vida para a pessoa idosa. Considera-se idoso todo aquele (a) que tem 60 ou mais, constatados em documento de identificação. Participando de atividades na comunidade em que vive, recebendo proteção da

família, não deixando que o idoso seja excluído da sociedade, garantindo sua cidadania e bem-estar (BRASIL, 2000).

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, portaria GM nº 2528, de 19 de outubro de 2006, determina que a Atenção Básica / Saúde da Família é a principal referência para o idoso obter atendimento médico. Essa rede de serviços profissionais de média a alta complexidade fornecerá backups complementares quando necessário. As capacidades funcionais do idoso estão a tornar-se um novo paradigma. O manual de saúde do idoso é um importante instrumento de cidadania, retrata a singularidade de cada pessoa e pode tomar as medidas de intervenção mais eficazes, fornecendo subsídios ao estudo e à vida. (BRASIL, 2006a).

A Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, também é um instrumento valioso que auxiliará na identificação das pessoas idosas frágeis ou em risco de fragilização. Para os profissionais de saúde, possibilita o planejamento, organização das ações e um melhor acompanhamento do estado de saúde dessa população. Para as pessoas idosas é um instrumento de cidadania, onde terá em mãos informações relevantes para o melhor acompanhamento de sua saúde. A Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa e o Caderno de Atenção Básica Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa representam dois importantes instrumentos de fortalecimento da atenção básica (BRASIL, 2006).

O envelhecimento é um processo dinâmico e progressivo, onde se observam diversas transformações que ocasionam a privação sucessiva da capacidade de ajustamento ao meio (ELAVSKY et al., 2005; MAZO, CARDOSO E AGUIAR, 2006).

Na terceira idade, a depressão constitui uma doença mental frequente, que se encontra associada a um elevado grau de sofrimento psíquico e que compromete intensamente a qualidade de vida (STELLA *et al*, 2002). Os autores aclaram que as causas da depressão no idoso se configuram num conjunto de componentes onde interagem fatores genéticos, doenças incapacitantes e acontecimentos vitais.

Pacheco (2002) e Porcuet al. (2002) consideram o aparecimento de doenças clínicas graves, o isolamento, o abandono, ausência de retorno social do investimento escolar, a incapacidade de regresso à atividade produtiva, a perda do companheiro, a institucionalização e os consequentes sentimentos de frustração como fatores que condicionam a qualidade de vida do idoso e o predispõe ao desenvolvimento de depressão.

Diversos estudos identificam, ainda, a idade avançada, o sexo feminino e o baixo nível de escolaridade como fatores característicos dos estados depressivos em idosos (Gazalle *et al*, 2004; Leite *et al*, 2006).

Neste seguimento, Stellaet al. (2002) esclarecem que o tratamento da depressão na terceira idade visa a redução do sofrimento psíquico, a diminuição do risco de suicídio, a melhoria do estado geral do indivíduo e a garantia de uma melhor qualidade de vida. Moraes et al. (2007) acrescentam que as estratégias mais utilizadas consistem na psicoterapia, farmacologia e na prática de atividade física.

Na velhice, o lazer possibilita superar limitações e reconstruir a vida de forma positiva, criativa e autônoma. Atividades lúdicas, por exemplo, têm caráter socializante, desenvolvendo hábitos saudáveis (VIANA, 1999).

A teoria da seletividade socioemocional contribui para o entendimento da vida social na velhice. Nesta etapa, o indivíduo se concentra em viver com mais qualidade o momento presente, por entender que o futuro é limitado. Prefere ficar mais tempo com figuras de apego, alterando prioridades sócias emocionais (CARSTENSEN, 1992). Nesta teoria, autoimagem e socialização parecem estar intrincadas, visto que o idoso que reconhece as prioridades em termos de relacionamentos sociais não se identifica como um solitário, mesmo quando está sozinho. A despeito da quantidade de pessoas na rede social,

a qualidade de relacionamentos considerados prioritários pesará mais sobre a trajetória de bem-estar psicossocial na velhice. A título de exemplo, Azevedo e Carvalho (2006) verificaram que após a aposentadoria a rede de relações sociais se restringe à família e às antigas amizades. As novas amizades são casuais ou circunstanciais, originadas em grupos de convivência e motivadas pela participação e atividades de lazer compartilhado. Erbolato (2002, p.12) afirma que:

Na velhice, enquanto algumas pessoas são mais constantes na rede social, outras saem definitivamente. Contexto social, oportunidades no ambiente e personalidade são três dos fatores associados ao envelhecimento bem-sucedido que influenciam os relacionamentos (ERBOLATO, 2002, p.07).

Tirado (2000) acredita que “os grupos de terceira idade possibilitam aos idosos a aquisição de conhecimentos e informações, de forma que a velhice seja percebida de maneira mais realista, imprimindo à vida mais dinamismo e positividade”.

Saúde do idoso em tempos de pandemia COVID-19

A pandemia do COVID-19 é agora uma preocupação para a saúde pública. A mesma afeta pessoas em todo o mundo e está associada a uma mortalidade relativamente maior entre idosos, com taxas variando de 3,6% a 14,8% (MEHRA et al.,2020).

É perceptível, que o isolamento entre a população idosa é preocupante devido ao seu risco aumentado de problemas cardiovasculares, neurocognitivos, autoimunes e de saúde mental (ARMITAGE et al.,2020). Além disso, influenciando sua fisiologia, os idosos também sofrerão alterações psicológicas à medida que suas funções corporais diminuem, como: degradação da memória, sensação de inferioridade, alterações intelectuais, medo, dúvida, solidão, desespero, entre tantos outros transtornos biopsicossociais (MENG et al., 2020).

Nessa época de pandemia COVID-19 os idosos ficaram em evidência, em grande parte por demonstrar modificações decorrentes da senescência ou senilidade. Hammerschmidt e Santana (2020, p.9) dizem que:

As ações de proteção à pessoa idosa na pandemia incluíram a estratificação etária, que apesar de positiva como organização do serviço, reforçou os preconceitos da sociedade, mediante a criação de diversos vídeos, imagens, frases, músicas, com exposição dos idosos e supervalorização de características eminentemente negativas. Como exemplo, pode-se destacar o emblemático caso brasileiro do “carro do ‘catavéio’”, que além do ageísmo, evidencia a dificuldade dos idosos cumprirem o distanciamento social. Estas situações também afetaram as relações familiares, com conflitos intergeracionais, principalmente devido às medidas adotadas pelos familiares para impor o distanciamento social (HAMMERSCHMIDT; SANTANA, 2020, p.8)

O isolamento social entre os idosos é uma “séria preocupação de saúde pública” devido ao risco aumentado de problemas cardiovasculares, autoimunes, neurocognitivos e de saúde mental (ARMITAGE et al.,2020). Mehra et al (2020, p.4) apresenta que:

Idosos com doenças mentais, são propensos a depressão e ansiedade e correm um risco muito maior de recaída devido a esse cenário emergente. Visto que, muitos idosos dependem de outros para suas atividades diárias e o distanciamento social os fez se sentirem mais isolados, aumentando o risco de resultados adversos na saúde mental (MEHRA et al., 2020, p.3).

A COVID-19 precisa ser entendida como um alerta a fim de garantir assistência de enfermagem adequada aos idosos, com base em evidências, nos requisitos do envelhecimento da população, na responsabilidade e no bem-estar social (FISCHER et al., 2020). Mengel et al (2020, p.5) ainda apresentam que:

À medida que as funções corporais declinam, as pessoas idosas tendem a sofrer mudanças emocionais, enfrentando uma pressão psicológica grave. Contudo, os métodos e intervenção em crises psicológicas para pacientes com más condições físicas e idosos com impacto na saúde física e mental ainda precisam ser melhorados. Em casos de a resposta emocional ser muito séria, propõe-se ligar para a linha direta de assistência psicológica, consulta on-line ou visitar uma instituição profissional (MENG et al., 2020)

As autoras Hammerschmidt e Santana (2020) destacam que a população deverá ter com o idoso.

Os momentos de distanciamento social são medidas de precaução à saúde, com intenção de preservação e proteção; porém, a autonomia e a independência do idoso são alicerces para o envelhecimento saudável. Desse modo, é necessária liberdade para exercê-las, respeitando o que é possível quando recomendado. A sociedade precisa ter atenção para evitar atitudes de preconceito, que infantilizam e ridicularizam o idoso. Não se pode retroceder em relação a este aspecto; a dignidade ao idoso deve prevalecer (HAMMERSCHMIDT; SANTANA, 2020).

A pandemia COVID – 19 destaca a saúde dos idosos e estimula a necessidade de proteção, respeito, entusiasmo, dignidade e apoio para a rede, mais a discriminação por idade e julgamento também vieram à tona. O efeito protetor da distância deve manter a autonomia e independência do idoso, e os profissionais precisam de especialização sobre esse grupo de pessoas.

No momento da pandemia, a necessidade de uma assistência geriátrica robusta, qualificada e segura foi fortalecida por meio da formação profissional básica, sendo necessário reorganizar a atenção aos idosos, respeitar a diversidade e vislumbrar as condições atuais e futuras.

METODOLOGIA

O presente trabalho consiste em uma pesquisa qualitativa, descritiva, exploratória com abordagem em um projeto de intervenção.

A pesquisa qualitativa responde às questões muito particulares da realidade que podem ou não serem quantificadas, pois trabalha com o universo dos significados, dos motivos das aspirações, das crenças, dos valores, das atitudes. Esse conjunto de fenômenos humanos é entendido como parte da realidade social (MINAYO, 2008).

Já a pesquisa descritiva é definida por Trivinos (1987) como:

A pesquisa descritiva tem como principal objetivo a descrição das características de determinada população ou fenômeno, ou então o estabelecimento de relações entre variáveis obtidas por meio da utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados, tais como o questionário e a observação sistemática (TRIVINOS, 1987, p. 110).

A participação em grupos de convivência pode afastar o idoso da solidão e do isolamento social, promovendo a integração, aumentando a autoestima e melhorando o

relacionamento com familiares. A participação em grupos possibilita ainda resgate de valores pessoais, sociais e o suporte social.

Para análise de resultados, foram selecionados os descritores encontrados no Decs (descritores em ciência da saúde), Idoso de 80 Anos ou mais and Isolamento Social. Os descritores foram inseridos nas bases de dados BVS, sendo localizados e 1.070 artigos.

Com o propósito de reduzir e elaborar os critérios de inclusão e exclusão dos artigos, os critérios de exclusão foram; Ano de publicação, onde foi selecionados artigos dos últimos cinco anos, diminuindo a quantidade para 386; assunto principal Idoso, reduzindo para 9, por último foi escolhido aqueles que estavam em português. Ao fim dos filtros, foram selecionados 4 artigos.

Título do Artigo	Autores	Revista	Ano de publicação	Resumo
Saúde do idoso em tempos de pandemia Covid-19	Hammerschmidt, Karina Silveira de Almeida; Santana, Rosimere Ferreira.	Cogitare enferm. 25: e72849, 2020	2020	Os idosos são o foco das atenções na pandemia COVID-19, especialmente aqueles com doenças crônicas, levantando preocupações sobre a diversidade dos idosos.
Comunicação entre idoso e família em grupos de convivência	Santos, George Luiz Alves; Santana, Rosimere Ferreira; Silva, Renan Alves; Valadares, Glaucia Valente	Rev enferm UFPE on line., Recife, 12(6):1657-64, jun., 2018	2018	O artigo fala que apesar da interação social, ainda há necessidade de fortalecer a comunicação intrafamiliar entre os idosos que, muitas vezes, vivem no espaço e estimular estratégias de comunicação para evitar o isolamento familiar
Adaptação Transcultural da Escala de Redes Sociais de Lubben, LSNS-18	Fernandes, A. L. P., & Domingues, M. A.	Revista Kairós-Gerontologia, 21(2), 171-191	2018	O apoio social pode ser definido como os recursos materiais e psicológicos disponíveis para um indivíduo por meio de suas redes sociais. É importante conceber políticas de apoio para os idosos tendo em conta a forma como integram, complementam ou contradizem o apoio de redes de apoio formais ou informais.
Repercussões psicossociais da dependência funcional no cotidiano de idosos longevos	Lima, Pollyanna Viana; Valença, Tatiane Dias Casemiro; Reis, Luciana Araújo dos	Rev. Kairós ; 20(2): 293-309, jun. 2017.	2017	Na reação psicológica, os sentimentos óbvios são medo, tristeza e depressão. Em relação ao impacto social, os principais achados são a redução das relações sociais e do isolamento social, seguido da solidão.

PROJETO DE INTERVENÇÃO

O objetivo do trabalho é orientar e melhorar a qualidade de vida dos idosos com ansiedades e depressão.

Petroski (2008), colocou que a atividade física regular e bem planejada contribui para a minimização do sofrimento psíquico do idoso deprimido, além de oferecer oportunidade de envolvimento psicossocial, elevação da autoestima, implementação das funções cognitivas, com saída do quadro depressivo e menores taxas de recaída.

PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Projeto de intervenção	Apresentação do projeto de intervenção Central de atendimento de depressão e ansiedade em idosos (Call Center).
Duração das ações	Contínua, solicitação feita pelo paciente ou um responsável.
Técnica	Palestra motivacional por vídeo conferência e presencial, grupos de WhatsApp, atividades físicas, danças, gincanas, jogos...
Detalhamento	Apresentação do projeto de intervenção - Call Center onde o paciente poderá ligar e será orientado em qual atendimento se adequa melhor (online, quando for presencial será encaminhado ao local mais próximo) - Palestras onde os idosos poderão esclarecer suas dúvidas, como identificar os sintomas da doença. - Vídeo conferência devido à pandemia e para aqueles que não podem se locomover. - Grupos de WhatsApp para manter diálogo com pessoas. - Palestra como elevar sua autoestima, melhorar suas emoções, trocas de experiências. - Atividades físicas, gincanas jogos danças para superar crises de depressão e ansiedade, melhorar a concentração e a memória.

CONCLUSÃO

Evidencia-se que com o objetivo de mostrar a forma com que o idoso se relaciona com a velhice e seus obstáculos, esse projeto traz consigo a sua rotina, demonstrando sentimentos recorrentes nessa faixa etária como: sensação de não pertencimento a ambientes, tristeza, ociosidade, frustração, sensação de estar incomodando, entre outras. Partindo desse pressuposto, é notória as consequências se esses processos sintomáticos não forem resolvidos. Com isso, é visado pelo projeto um melhoramento na qualidade de vida, articulando meios acessíveis para interação social- Muito frequente nessa fase da vida, embutido nessa interação, meios de lazer, esportes adaptados e cultura, possibilitando uma reintegração, já que, com o tempo muitos idosos se perdem como “ser social”.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

MELLO, E; TEIXEIRA, MB. Depressão em idosos. **Revista Saúde UNG-SER**. v. 5, n. 1 (2011). Disponível em: <<http://revistas.ung.br/index.php/saude/article/view/562/916>> Acesso em: 26 set.2020.

MELLO, E; TEIXEIRA, MB. Depressão em idosos. **Revista Saúde UNG-SER**. v. 5, n. 1 (2011). Disponível em: <<http://revistas.ung.br/index.php/saude/article/view/562/929>> Acesso em: 26 set. 2020.

PETTA, M. E. Idosos em asilos e casas geriátricas possuem uma probabilidade maior de desenvolver depressão. **Revista Isto É**. Ed. nº 2651, 16 de agosto. 2019. Disponível em: <<https://istoe.com.br/ibge-afirma-depressao-em-idosos-atinge-11-da-populacao-entre-60-e-64-anos/>> Acesso em: 14 set. 2020.

STELLA, Florindo *et al.* *Motriz, Rio Claro, Ago/Dez 2002, Vol.8 n.3, pp. 91-98*. Disponível em: file:///D:/Meus%20documentos/Downloads/Depressao_no_idoso_diagnostico_tratament%20(1).pdf Acesso em :04 out.2020.

PSICOLOGIA EM ESTUDO. Print version ISSN 1413-7372 On-line version ISSN 1807-0329 ... **Psicol. estud.** [online]. 2006, vol.11, n.2, pp.351-359. ISSN 1807-0329. Disponível em :< <https://www.scielo.br/pdf/pe/v11n2/v11n2a13.pdf> > Acesso: em 08 de out.2020

VIANA, A.A.S.; SILVA, L.M.; LIMA, T.P. Impacto na saúde mental do idoso durante o período de isolamento social em virtude da disseminação da doença covid19: uma revisão literária. **Revista Diálogos em Saúde** V. 3, N.1 (2020). Disponível em:<https://scholar.google.com.br/scholar?hl=pt-BR&as_sdt=0%2C5&q=impacto+na+sa%C3%BAde+dos+idosos+durante+a+pandemia&btnG=#d=gs_qabs&u=%23p%3DY0Q40PlpKigJ> Acesso em: 16 set. 2020.

ERBOLATO, R. Relações sociais na velhice. In: FREITAS, E.; PY, L.; NERI, A. L.; CANÇADO, F.; GORZONI, M.; ROCHA, S. (Org.). **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2002. p. 957-964.

AZEVEDO, R.; CARVALHO, A. O lugar da família na rede social do lazer após a aposentadoria. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, São Paulo, v. 16, n. 3, dez. 2006, p. 76-82.

CARSTENSEN, L. Motivação para contato social ao longo do curso da vida: uma teoria de seletividade socioemocional. In: NERI, A.L. (Org.). **Psicologia do envelhecimento**. Campinas: Papirus, 1995. p. 111-144.

TIRADO, M. A percepção dos idosos sobre envelhecimento e independência: um estudo qualitativo no município de Belo Horizonte. 2000. 126 f. **Tese** (Doutorado em Demografia) – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2000.

VIANA, M. Lazer e terceira idade: um lugar onde ninguém é velho. 1999. 131 f. **Monografia** (Especialização em Lazer) – Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 1999.

MOURA, A.G.; SOUZA, K.L. Autoimagem, socialização, tempo livre e lazer: quatro desafios à velhice. **Textos & Contextos** (Porto Alegre), v. 11, n. 1, p.172-183, jan./jul.2012. Disponível em:file:///D:/Meus%20documentos/Downloads/9492-Texto%20do%20artigo-43409-2-10-20120802.pdf Acesso em:12 set. 2020

BRASIL. Ministério da Educação. Disponível em :<<https://www.gov.br/ebserh/pt-br/comunicacao/noticias/depressao-e-uma-das-principais-causas-de-suicidio-aponta-entidade-internacional>> Acesso em: 10 set. 2020.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo, Atlas, 1987. 110p.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 2008

PETROSKI, Edio Luiz; GONÇALVES, Lúcia Hisako Takase. Atividade física e estado de saúde mental de idosos. **Revista de saúde pública**, São Paulo, v. 42, n. 2, p. 302-7, abr., 2008.




epilaya
Editora

ISBN: 978-65-87809-22-9



9 786587 809229