

**PROCESSO DE CUIDAR BASEADO
NAS NECESSIDADES DE SAÚDE DA
POPULAÇÃO E NA ESTRUTURAÇÃO
DAS POLÍTICAS DE SAÚDE
VOL. 2**

ORGANIZADORA
HELENA PORTES SAVA DE FARIAS


Editora

Helena Portes Sava de Farias
Organizadora

PROCESSO DE CUIDAR BASEADO NAS NECESSIDADES DE
SAÚDE DA POPULAÇÃO E NA ESTRUTURAÇÃO DAS
POLÍTICAS DE SAÚDE VOL 2.

1ª Edição



Rio de Janeiro – RJ
2020

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

P963 Processo de cuidar baseado nas necessidades de saúde da população e na estruturação das políticas de saúde [recurso eletrônico]: vol. 2 / Organizadora Helena Portes Sava de Farias. – Rio de Janeiro, RJ: Epitaya, 2020.
139 p.

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-65-87809-06-9

1. Cuidados de enfermagem – Planejamento. 2. Enfermagem – Prática. I. Farias, Helena Portes Sava de.

CDD 610.73

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

PROCESSO DE CUIDAR BASEADO NAS NECESSIDADES DE
SAÚDE DA POPULAÇÃO E NA ESTRUTURAÇÃO DAS
POLÍTICAS DE SAÚDE VOL 2.



Rio de Janeiro – RJ
2020

Epitaya Propriedade Intelectual Editora Ltda
1º Edição - Copyright © 2020 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	Helena Portes Sava de Farias
EDITORIAL	Gercton Bernardo Coitinho
MARKETING / DESIGN	Bruno Matos de Farias
DIAGRAMAÇÃO/ CAPA	Autores
REVISÃO	

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	

PREFÁCIO

A enfermagem é conhecida como ciência do cuidado e pautada no saber científico. É uma profissão que articula ciência e arte. Entendendo ciência como conhecimento e arte como habilidade, ciência e arte permitem aliançar conhecimento científico com prática consciente, controlada e racional, associada com dignidade, compaixão e ética.

A abundante e diversificada conjuntura cultural de nossa sociedade requer uma abordagem sensível na condução da assistência à saúde. O enfermeiro, por estar inserido nos mais diversos contextos, possui uma sensibilidade ímpar para conduzir este cuidado.

O profissional enfermeiro constitui um dos pilares essenciais e fundamentais de qualquer estrutura de saúde. Diante deste pressuposto, é fundamental que ele esteja sempre atualizado para fornecer um cuidado de excelência. Igualmente importante, é que este profissional transforme toda sua experiência e conhecimento em produção científica para fundamentar o cuidado prestado pela categoria.

Nos mais de 16 anos como enfermeira e 11 como docente, tive a oportunidade de trabalhar nas mais diversas áreas e realizar o cuidado de pacientes com situações díspares, além de contribuir para a formação de diversos profissionais da enfermagem. Durante esse tempo, percebi o quanto é relevante estarmos cientes das necessidades específicas de cada indivíduo. Vivemos em uma sociedade complexa e multifacetada, cujo cuidado deve ser específico e individualizado.

Esta obra, denominada “Processo de Cuidar Baseado nas Necessidades de Saúde da População e na Estruturação das Políticas de Saúde”, abarca trabalhos produzidos por colegas enfermeiros. Produções estas que foram apresentados no Congresso Brasileiro de Enfermagem no ano de 2019.

Trata-se, portanto de uma construção coletiva, com 12 (doze) capítulos de trabalhos heterogêneos e com fins educativos, constituindo-se, também, como uma ferramenta de aprendizagem, tanto para os acadêmicos e docentes quanto para profissionais de enfermagem.

É com grande felicidade que apresento este e-book! Uma produção totalmente desenvolvida por enfermeiros. Leitura fundamental para aqueles que estão iniciando na profissão e de permanente consulta no intuito de enriquecer seus conhecimentos. Faço votos que esta edição seja a primeira de uma longa trajetória de publicações. Aproveite!

Prof.^a Maiana Eloi Ribeiro dos Santos

Enfermeira

Mestranda em Educação em Ciências e Saúde pela Universidade Federal do Rio de Janeiro

Pós graduada em Terapia Intensiva pela Universidade Estadual do Rio de Janeiro

Funcionária da Prefeitura do Rio de Janeiro, alocada no

Hospital Municipal Souza Aguiar na Unidade de Terapia Intensiva

“A Enfermagem é uma arte; e para realizá-la como arte, requer uma devoção tão exclusiva, um preparo tão rigoroso, quanto a obra de qualquer pintor ou escultor; pois o que é tratar da tela morta ou do frio mármore comparado ao tratar do corpo vivo, o templo do espírito de Deus? É uma das artes; poder-se-ia dizer, a mais bela das artes!”

Florence Nightingale

SUMÁRIO

<i>Capítulo 1</i>	09
A ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM DURANTE A REALIZAÇÃO DO TESTE DE PROVOCAÇÃO ORAL	
<i>Elisabeth Luisa Rodrigues Ramalho; Jéssica Íris Franco da Silva; Priscila Ferreira da Costa</i>	
<i>Capítulo 2</i>	16
CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO PACIENTE HIV POSITIVO EM USO DE TERAPIA ANTIRRETROVIRAL COM ALTERAÇÕES OSTEOARTICULARES	
<i>Rita Batista Santos; Tamires Rocha Ferreira de Souza; Maria Helena Silva do Rosário; Priscila Brigolini Porfírio Ferreira</i>	
<i>Capítulo 3</i>	32
USO DE JOGOS PARA FORMAÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE: REVISÃO SISTEMÁTICA	
<i>Ronalberto Lopes de Araujo; Évelyn Cristina Morais Pessoa Lima; Claudinalle Farias Queiroz de Souza; Débora Martins Werkema; Emanuela Batista Ferreira e Pereira; Ana Carolina Pereira Gomes; Jael Maria de Aquino</i>	
<i>Capítulo 4</i>	47
ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA REGULAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) EM NÍVEL MUNICIPAL	
<i>Luzia Beatriz Rodrigues Bastos; Diniz Antonio de Sena Bastos; Maria Alves Barbosa</i>	
<i>Capítulo 5</i>	57
HÁBITOS ALIMENTARES DE IDOSOS E SUA INFLUÊNCIA NA LONGEVIDADE	
<i>Wilma Resende Lima; Denise Philomene Joseph Van Aanholt; Barbara Bartuciotti Giusti; Luciana Mitsue Sakano Niwa; Suely Itsuco Ciosak</i>	
<i>Capítulo 6</i>	68
HANSENÍASE: PRECONCEITO E ESTIGMAS SOCIAIS EM PESSOAS ACOMETIDAS PELA DOENÇA	
<i>Ana Marice Lins da Silva; José Wáttylla Alves dos Santos Paiva</i>	
<i>Capítulo 7</i>	83
AÇÃO EDUCATIVA DE ENFERMAGEM: CUIDADOS AS PUÉRPERAS NA PREVENÇÃO AO CÂNCER DE MAMA EM CASTANHAL, PARÁ	
<i>Dalayna de Sousa Natividade; Rosilene Maciel Araújo</i>	
<i>Capítulo 8</i>	88
DESENVOLVIMENTO E AVALIAÇÃO DE UM AMBIENTE VIRTUAL DE APRENDIZAGEM EM OSTEOLOGIA	
<i>Adriani Izabel de Souza Moraes; Maria Claudia Parro; Nilson Mozas Olivares</i>	

<i>Capítulo 9</i>	99
ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA	
<i>Fábio Santos Santana; Jucely Silva Brito; Adriana Antonia de Oliveira; Raíssa Millena Silva; Claudia Quinto Dias; Simone Teixeira da Luz</i>	
<i>Capítulo 10</i>	107
OS RISCOS DO ATO TRANSFUSIONAL REALIZADO PELO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM EM AMBIENTE HOSPITALAR	
<i>Simone Elenir Torquato; Juliana Vieira de Araújo Sandri</i>	
<i>Capítulo 11</i>	123
UM OLHAR PEDAGÓGICO: PROCESSO DE FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO ENQUANTO GESTOR DO CUIDAR E ADMINISTRAR	
<i>Maria Aparecida Modesto dos Santos; Josiane Travençolo</i>	
<i>Capítulo 12</i>	133
EDUCAÇÃO EM SAÚDE SOBRE HIGIENE INFANTIL DURANTE CONSULTA DE ENFERMAGEM DE UMA COMUNIDADE SITUADA EM BELÉM-PA: RELATO DE EXPERIÊNCIA	
<i>Brena de Nazaré Barros Rodrigues; Laryssa Cristiane Palheta Vulcão; Patrick da Costa Lima; Silvia Renata Pereira dos Santos; Glenda Keyla China Quemel</i>	

Elisabeth Luisa Rodrigues Ramalho

Mestranda no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGENF)

Enfermeira Graduada pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB)

Especialista em Saúde da Criança pelo Programa de Residência Multiprofissional da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) João Pessoa-PB

Jéssica Íris Franco da Silva

Enfermeira Graduada pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB)

Especialista em Saúde da Criança pelo Programa de Residência Multiprofissional da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) João Pessoa-PB

Priscila Ferreira da Costa

Enfermeira Graduada pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN)

Especialista em Saúde da Criança pelo Programa de Residência Multiprofissional da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) Natal-RN

RESUMO

Trata-se de um relato de experiência de famílias de crianças com suspeita de alergia à proteína do leite de vaca (APLV) sobre a atuação da enfermagem durante a realização do teste de provocação oral (TPO). O TPO é um método utilizado para estabelecer diagnóstico de alergia alimentar. O exame consiste na oferta de doses progressivas do leite. Se positivo, surgem reações como urticária, eritema, palidez, vômitos, diarreia e, em casos mais graves, anafilaxia. O objetivo deste estudo é descrever a importância da atuação da enfermagem na realização do procedimento. O TPO é feito no ambulatório de Pediatria do Hospital Universitário Onofre Lopes em Natal/RN, com a finalidade de diagnosticar a APLV. A equipe de enfermagem é responsável pela realização do teste e as orientações à família. Inicialmente o teste é dividido em intervalos de 15 minutos, no qual o leite é colocado em contato na região perioral da criança, depois no antebraço, e em seguida inicia-se a ingestão de leite com 5, 10 e 30 ml sucessivamente. Durante todo esse período a equipe de enfermagem observa atentamente se há reações, principalmente por se tratarem de crianças e muitas vezes ainda não verbalizam o que sentem. Caso ocorram, comunica-se ao médico e o teste é suspenso. É de fundamental importância a atuação da enfermagem no diagnóstico da APLV, uma vez que ela é responsável pela realização do exame, acolhimento, assistência e orientações. O teste quando positivo, traz benefícios relacionados a confirmação do diagnóstico e assim reduz o risco de exposição ao leite e evita complicações. Ao excluí-lo, possibilita a não ingestão do alimento suspeito, melhorando a qualidade de vida do paciente.

Descritores: Enfermagem; Criança; Alergia

INTRODUÇÃO

Segundo a crescente tendência mundial, as alergias alimentares (AA) representam uma “nova era” entre as doenças alérgicas. Em detrimento disso, as iniciativas para identificar o perfil de crianças e adolescentes alérgicos vêm aumentando também de maneira significativa. Os principais fatores causais envolvidos no desencadeamento de processos alérgicos são: a predisposição genética, a etiologia, a história natural, os alimentos e o manejo (COCCO, 2018).

Corroborando este estudo, a relação existente entre o consumo de alimentos com o desencadeamento de reações imunológicas é fato constatado e de grande representatividade no âmbito nacional e internacional. Além disso, novas manifestações clínicas têm surpreendido profissionais experientes no assunto como diferentes fenótipos da doença, retardo na aquisição de tolerância oral e a identificação de um número cada vez maior de alérgenos são continuamente descritos (INUO et al., 2019). Conseqüentemente, ocorre uma robusta dificuldade em estabelecer com precisão o diagnóstico clínico, por conta da mimetização de sintomas comuns em uma vasta gama de reações adversas a alimentos (COCCO, 2018).

Dentre os vários tipos de alergias existentes, destaca-se a alergia à proteína do leite de vaca (APLV) que é considerada uma das alergias alimentares mais comuns que ocorrem na infância (INUO et al., 2019). A APLV é caracterizada por manifestações variáveis, podendo apresentar um ou mais sintomas gastrointestinais ou associação de sintomas cutâneos e respiratórios. Um inquérito epidemiológico nas regiões Sul e Sudeste do Brasil, aponta que a incidência e prevalência da suspeita de APLV é de 2,2% e 5,7%, embora os métodos utilizados para o diagnóstico sejam desconhecidos (BRUM et al., 2016).

A confirmação diagnóstica pode ser realizada por exames laboratoriais isolados que apresentam baixa acurácia e o teste de provocação oral (TPO) considerado o padrão ouro no âmbito da saúde, embora ainda pouco utilizado na prática clínica. O TPO é um método introduzido desde meados dos anos 70, a despeito de todo avanço científico, continua sendo o método mais confiável para diagnosticar a alergia alimentar (MENDONÇA et al., 2011). Este, consiste na oferta progressiva do alimento suspeito e/ou placebo, em intervalos regulares, sob supervisão médica e de enfermagem para monitoramento de possíveis reações clínicas, após um período de exclusão dietética necessária para resolução dos sintomas clínicos (HORVATICH et al., 2018).

Tendo em vista os cuidados que devem ser realizados no TPO e a importância da confirmação diagnóstica em crianças com APLV, a equipe de enfermagem apresenta um papel fundamental nesse processo, pois é responsável pelas orientações, a realização dos procedimentos durante o teste, os cuidados após a ingestão do leite e com o desencadeamento de possíveis complicações.

Diante do exposto, elaborou-se a seguinte questão norteadora: Como ocorre a atuação da equipe de enfermagem na realização do TPO? Portanto, a fim de elucidar a importância desta equipe no processo descrito, objetivou-se descrever a atuação da enfermagem na realização do TPO, a partir da vivência das famílias de crianças com suspeita ou diagnóstico de APLV. Para tanto, a realização deste relato de experiência poderá subsidiar melhorias no cuidado de enfermagem ofertado a crianças com APLV e suas famílias.

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência sobre a atuação da enfermagem na realização do TPO no ambulatório de Pediatria do Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL) localizado em Natal, Rio Grande do Norte (RN).

Os testes são realizados duas vezes por semana contemplando as terças e quartas-feiras nos turnos da tarde e o acompanhamento foi feito no período de janeiro a dezembro de 2018.

Participaram do relato crianças na faixa etária entre nove meses e quatro anos de idade, as quais atenderam os seguintes critérios de inclusão: crianças que apresentavam suspeita de APLV, indicadas pelas médicas gastroenterologistas e que realizaram o TPO no período indicado. Os critérios de exclusão: crianças com suspeita de APLV, mas que não realizaram o TPO.

Esse acompanhamento foi feito desde o momento da suspeita do diagnóstico por meio de orientações e aconselhamento em relação a ingestão do leite de vaca até a realização do teste. Geralmente surgem várias dúvidas e inseguranças por parte das famílias, em vista disso a atuação da equipe de enfermagem torna-se imprescindível durante esse processo de enfrentamento e adaptação da doença.

A equipe de enfermagem, envolvendo os técnicos e auxiliares, é responsável por aplicar o teste e a enfermeira por gerenciar esse processo, no qual incluem-se também os residentes de enfermagem que contribuem de forma efetiva em cada etapa do TPO. Além disso, para que ocorra o agendamento de crianças com suspeita de APLV, as médicas gastroenterologistas informam às enfermeiras e ocorre a distribuição dos casos nos dias da semana indicados.

O TPO consiste em várias etapas de tolerância do leite à criança com suspeita de APLV. O primeiro passo é aplicar o leite na região do antebraço e aguardar alguns minutos para o possível desencadeamento de alguma reação, geralmente cutânea. No segundo passo, o leite é apostado na região perioral. Importa salientar que cada etapa cumprida apresenta um período de observação para caso ocorra alguma reação, ou se não houver, procede-se com o teste. Quando há reação é comunicado a equipe médica e após avaliação é administrado antialérgico e confirmado o diagnóstico. Já no terceiro passo, inicia-se o processo de ingestão do leite com 5 ml, depois 10 ml e por fim 30 ml. Ao final do TPO, se a criança não apresentar nenhum tipo de reação, a médica orienta um prazo à família para possível aparecimento tardio dos sintomas no domicílio para confirmação do diagnóstico. Quando o resultado é negativo, a alergia é descartada.

RESULTADOS

Diante das vivências das famílias dessas crianças durante o processo, desde a suspeita até a confirmação do diagnóstico com a realização do TPO, foram evidenciados vários sentimentos, as dificuldades, as expectativas e algumas medidas de enfrentamento orientadas pela equipe de enfermagem.

Com base no que foi relatado pelas famílias e suas experiências foram construídos os seguintes grupos temáticos: “Sentimentos vivenciados pela suspeita do diagnóstico”, “A importância da equipe de enfermagem durante esse processo” e “Expectativas diante da realização do TPO”.

Sentimentos vivenciados pela suspeita do diagnóstico

Diante das repercussões vivenciadas pelas famílias de crianças com suspeita de APLV, foram relatados vários sentimentos durante esse processo de adaptação, tais como tristeza, incerteza, insegurança, ansiedade e medo. Isso decorre do fato da genitora não poder ofertar mais alimentos com a proteína do leite de vaca e buscar fórmulas que supram o aporte nutricional dessas crianças, além da instabilidade do quadro clínico como desencadeamento de possíveis reações.

O início do processo de diagnóstico é permeado de ansiedade e de dúvidas por parte dos familiares, que a partir daí, buscam conhecer e se informar sobre o problema. Logo em seguida, já elaboram estratégias de ação para lidar com a doença, com isso o nível de ansiedade reduz, mas a vigilância permanece alta. Entretanto, têm alguns casos que familiares ainda mantêm o nível de ansiedade constante, o que contribui para uma vigilância maior, principalmente quando há risco de contaminação iminente (GOMES et al., 2017).

Com relação a introdução alimentar, é conhecido como um período de grandes descobertas e prazer, porém acaba se tornando um momento de frustração e de intenso estresse para os familiares dessas crianças, decorrente de uma série de cuidados que devem ser realizados diariamente. Além disso, a APLV é dominante e mais frequente entre as crianças de até um ano de idade, sendo apontada como uma fase bastante complexa (DIAS, 2016).

Corroborando este estudo, esses problemas afetam não só a criança, mas também a sua família e principalmente o seu cuidador primário. Isso ocorre devido a esse cuidador assumir a maior parte das tarefas relacionadas aos cuidados, dividindo o tempo de suas responsabilidades habituais com a agenda de cuidados específicos da criança com APLV (LINHARES, 2015).

Nesse contexto, o medo relatado por cuidadores de crianças com APLV encontra-se intrinsecamente relacionado aos possíveis sintomas e complicações desencadeados nesse público. Entre as reações mais comuns, podemos citar: vômitos tardios, baixo ganho de peso e crescimento, podendo levar a desnutrição, inflamação no intestino, refluxo, assadura perianal, diarreia com a presença de muco, sangue nas fezes, irritabilidade e cólicas (SOUZA, 2016). Com isso essas reações acabam ocasionando além de medo, estresse por parte dos familiares.

Segundo estudo, é evidenciado a ausência de suporte emocional frente às mudanças necessárias na rotina da família para o tratamento da alergia, tendo em vista a exclusão do leite e seus derivados da dieta, sendo alimentos essenciais na cadeia alimentar. Percebeu-se que o tratamento ainda se baseia apenas em fatores biológicos, deixando para trás os fatores emocionais que permeiam as famílias de crianças (ABAGARO et al., 2018). Por isso, a importância da atuação da equipe de enfermagem por meio do vínculo estabelecido e do apoio dado aos familiares.

Importa salientar, no que tange a produção científica com enfoque na APLV, há uma ausência de estudos que versam sobre os aspectos emocionais, principalmente como uma área de estudo dentro da psicologia do desenvolvimento infantil e psicologia da família. Há escassez, também, de pesquisas que envolvem as implicações nas relações familiares de alérgicos quanto a necessidade de adaptar-se às mudanças para evitar reações e promover uma melhor qualidade de vida (GOMES et al., 2017).

Destarte, os cuidados necessários para introdução alimentar na criança, em especial os bebês, torna-se um processo permeado de desafios, além do tratamento e da adaptação desse público frente o manejo da APLV (DIAS, 2016). Logo, os sentimentos atrelados aos familiares e as crianças diante das alergias alimentares são diversos. A ansiedade e os fatores relacionados com o estilo de vida adotado requerem acompanhamento multiprofissional com o intuito de prevenir a não adesão ao tratamento e a piora na qualidade de vida. Ainda, o ciclo de convivência, como por exemplo a escola, deve ser inserido neste processo a fim de prevenir alterações comportamentais e facilitar o manejo do tratamento (GOMES et al., 2017).

A importância da equipe de enfermagem durante esse processo

As famílias desse público relataram o papel fundamental desempenhado pela equipe de enfermagem durante esse processo. Esse apoio foi essencial para enfrentar os desafios

e sanar dúvidas com relação ao manejo da APLV. Os fatores positivos evidenciados foram a acessibilidade da equipe frente ao contato com as famílias, a realização do TPO de forma segura e cuidadosa, além dos cuidados a essas crianças desde o agendamento, realização do teste, até o desenvolvimento e crescimento da criança.

De acordo com o estudo, a equipe de saúde deve transcender o tratamento médico e ter o núcleo familiar como foco, devendo atentar para suas percepções e necessidades, já que a criança depende dos cuidados de seus responsáveis. A formação de parcerias com a família auxilia na mobilização de recursos para o enfrentamento e adaptação à doença. A educação e a colaboração da família e de todos os envolvidos na vida da criança são fundamentais, com orientações sobre a leitura de rótulos, preparos de alimentos, cuidados na escola e em outras situações de alimentação fora de casa.

A enfermagem tem como propósito a promoção da saúde e do bem-estar no âmbito individual, complexo, integral e na dimensão familiar. Considerando a importância do enfermeiro frente ao gerenciamento do cuidado e da segurança humana, contemplou-se, como objeto deste estudo, as necessidades de cuidados à saúde da criança com alergia a proteína do leite de vaca e de seu cuidador familiar. Entende-se, como necessidades de cuidados, toda e qualquer necessidade que vise a segurança à vida do alérgico alimentar (BRUM et al., 2016).

Outro ponto bastante relevante da atuação da enfermagem no tratamento da criança com APLV é a educação em saúde e a informação sobre o alimento. A leitura dos rótulos, o conhecimento dos ingredientes ao comer fora de casa e o evitar o contato com alimentos que, em qualquer etapa do processo de preparo, entraram em contato com leite e seus derivados, ou até alimentos com traços de leite (DIAS, 2016; GOMES et al., 2017), são aspectos que devem ser orientados pela equipe de enfermagem.

Assim, o conhecimento dos profissionais sobre a temática é imprescindível para o sucesso do tratamento, uma vez que, um estudo realizado com mães de crianças com APLV apontou fragilidades da equipe de saúde no que tange o manejo e as condutas diante da busca pelo diagnóstico (REIS et al., 2020).

Diante disso, a vasta quantidade de sintomas relacionados a alergia dificulta o diagnóstico. Ressalta-se a necessidade da equipe como um todo se capacitar sobre o tema, buscando conhecimentos a fim de contribuir com uma assistência de excelência para essas crianças e suas famílias e sanar a insegurança dos cuidadores.

Expectativas diante da realização do TPO

A realização do TPO é considerada como algo positivo e que irá direcionar os cuidados a essa criança. Com isso, a família sente-se satisfeita e aliviada quando o teste é finalmente aplicado pela equipe de enfermagem.

De acordo com estudo, os benefícios do TPO positivo incluem a confirmação do diagnóstico de Alergia alimentar (AA), no caso APLV, a redução do risco de exposição acidental, diminuição da ansiedade sobre o desconhecido e a validação do esforço do paciente e seus familiares em evitar o alimento. Com relação ao benefício do TPO negativo, irá possibilitar a liberação de ingestão do alimento suspeito, com conseqüente redução do risco nutricional e melhora na qualidade de vida do paciente (HORVATICH et al., 2018).

Acerca do TPO positivo, ressalta-se a necessidade da dieta de exclusão, na qual a família será orientada para excluir da dieta os alimentos com proteína do leite de vaca, uma vez que esse é o tratamento para o problema. Ainda, o uso de fórmulas especiais agregado com a dieta de exclusão compõem o tratamento em muitos dos casos. Em lactentes, a dieta de exclusão deve ser realizada pela genitora com a finalidade de impedir a passagem do alérgeno pelo leite materno (TEIXEIRA, 2010).

Frente ao relatado, os familiares se deparam com diversas dificuldades relacionadas ao cuidado com a criança que necessitam ser superadas, a fim de melhorar a qualidade de vida desse público. Tais dificuldades permeiam desde a processo do diagnóstico que nem sempre é fácil, até o tratamento, o qual consiste na restrição alimentar e a adaptação do núcleo familiar como um todo.

CONCLUSÃO

Diante do exposto, permitiu-se identificar a importância da atuação da equipe de enfermagem frente o cuidado na aplicação do TPO, uma vez que a equipe está inserida durante todo o processo de realização.

Ainda, reforça-se o apoio da equipe com as famílias das crianças submetidas ao teste frente às incertezas geradas pelo momento, as angústias e preocupações com o resultado e como este irá afetar no estilo de vida daquela criança.

No que tange o processo de cuidado, a família é peça essencial no acompanhamento alimentar da criança, pois irá monitorar quais alimentos estão à disposição para o consumo, sendo esses permitidos, e além disso, identificar possíveis reações e evitar complicações mais graves.

CONTRIBUIÇÕES E IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM

São primordiais as contribuições ofertadas pela equipe de enfermagem aos envolvidos no processo supracitado, já que está intimamente ligada a este; desde o agendamento do teste, o acolhimento, a realização, a assistência direta, assim como as orientações que garantem melhora na qualidade de vida do paciente.

O vínculo que a enfermagem estabelece com as crianças e familiares, possibilita o conhecimento da rede de apoio e os equipamentos sociais no suporte de cuidado, fator extremamente decisivo na situação, uma vez que, oportuna a identificação da situação familiar, social e psicológica, implicando no andamento do tratamento. Por isso, torna possível o estímulo das práticas de cuidado, com vistas a excelência na assistência em saúde.

Ao intervir desta forma, a enfermagem consolida cada vez sua maior e melhor habilidade que é o cuidado propriamente dito, envolvendo características diversas como organização, atenção, zelo e dedicação por toda e qualquer clientela dadas as suas condições singulares.

Por fim, por se tratar de um relato de experiência, o qual possui suas limitações, aponta-se como necessária a realização de novos estudos acerca da temática, com a finalidade de buscar melhores resultados em saúde no âmbito da enfermagem como integrante da equipe multiprofissional.

REFERÊNCIAS

ABARAGO, R. M. A. et al. Aspectos emocionais vivenciados pelos pais e/ou cuidadores de crianças com Alergia à Proteína do Leite de Vaca. **Id on Line Rev. Mult. Psic.**, v. 12, n. 39, p. 736-56, 2018.

BRUM, A. K. R et al. Gerenciamento do cuidado de enfermagem à criança com alergia a proteína do leite de vaca. **Rev. Enferm. UFPE on line.**, v.10, n. 5, p. 4404-7, 2016.

COCCO, R.R. Alergia alimentar: uma visão brasileira. **Arq. Asma. Alerg. Imunol.** v. 2, n. 3, p.295-296, 2018.

DIAS, S.G.S. **A alergia alimentar e o impacto na criança e na família**. 2016. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. Disponível em: <<https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/36668/1/Tese%20de%20Mestrado%20-%20Sara%20Dias.pdf>>. Acesso em: 25 jun. 2020.

GOMES, E.C. et al. **Alergia alimentar em crianças: implicações na vida familiar e no relacionamento fraterno**. 2017. Dissertação de Mestrado. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Disponível em: <<https://tede.pucsp.br/bitstream/handle/20012/2/%C3%89rika%20Campos%20Gomes.pdf>>. Acesso em: 27 jun. 2020.

GOMES, R. N.; SILVA, D. R.; YONAMINE, G. H. Impacto psicossocial e comportamental da alergia alimentar em crianças, adolescentes e seus familiares: uma revisão. **Arq. Asma Alerg. Imunol.**, v. 2, n.1, p. 95-100, 2018.

HORVATICH, L.B. et al. Utilidade do teste de provocação oral aberto no diagnóstico de alergia alimentar. **Arq. Asma Alerg. Imunol**, v. 4, n. 2, p.458-462, 2018.

INUO, C. et al. Tolerability of partially and extensively hydrolysed milk formulas in children with cow's milk allergy, **Asia Pac. J Clin. Nutr.**, v.28, n.1, p. 49-56, 2019.

LINHARES, B. F. R. **Avaliação da qualidade de vida do responsável pela criança com Alergia à Proteína do Leite de Vaca (APLV)**. Dissertação de mestrado em Saúde da família. Universidade Estácio de Sá, 2015. Disponível em: <<http://portal.estacio.br/media/922727/bruno-ferreira-rondon-linhares.pdf>>. Acesso em: 25 jun. 2020.

MENDONÇA, R. B. et al. Teste de provocação oral aberto na confirmação de alergia ao leite de vaca mediada por IgE: qual seu valor na prática clínica?. **Rev. Paul. Pediatr.**, v. 29, n. 3, p. 415-22, 2011.

REIS, P. et al. Repercussões da alergia ao leite de vaca sob a ótica materna. **Rev. Rene**, v. 21, e42929, 2020.

SOUZA, J. C. et al. **Acesso à alimentação especial no Brasil: política pública e direitos humanos**. 2016. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Goiás. Disponível em: <<http://repositorio.bc.ufg.br/tede/bitstream/tede/7932/5/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20-%20Juliana%20Carneiro%20de%20Souza%20-%202016.pdf>>. Acesso em: 29 jun. 2020.

TEIXEIRA, L. M. O. **Alergia às proteínas do leite de vaca**. 2010. Monografia. Universidade do Porto. Disponível em: <<http://www.saudedireta.com.br/docsupload/1336736271Leite%20Vaca.pdf>>. Acesso em: 28 jun. 2020.

Rita Batista Santos

Enfermeira. Professor Associado do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro

Tamires Rocha Ferreira de Souza

Enfermeira formada pela Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro

Maria Helena Silva do Rosário

Enfermeira formada pela Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro

Priscila Brigolini Porfirio Ferreira

Enfermeira. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro

RESUMO

Introdução: A prevalência de alterações osteoarticulares é mais frequente na população que convive com HIV em uso de Terapia antiretroviral (TARV), apontando uma elevada atividade osteoclástica, ocorrendo perda óssea. **Metodologia:** estudo de caso clínico com paciente HIV positivo, no setor de Doenças Infecciosas e Parasitárias (DIP) de um hospital universitário do Rio de Janeiro, utilizando a teoria das necessidades humanas básicas afetadas desenvolvidas Processo de Enfermagem de Wanda Horta. A coleta de dados deu-se com análise documental no prontuário, evoluções e registros, durante o mês de outubro e novembro de 2017. **Resultados:** O estudo apresenta o caso de um paciente de 36 anos, sexo masculino, com mais de 3 anos de internação devido a crises convulsivas e dores tóraco-lombares. Com diagnóstico de SIDA desde 25/01/11, apresenta: tuberculose miliar; osteoporose; fratura espontânea de corpos vertebrais e arcos costais esquerdos; trombose venosa em tibial posterior esquerda; esporotricose disseminada e neurotoxoplasmose. As necessidades humanas básicas afetadas identificadas foram: Terapêutica, Percepção dos órgãos dos sentidos; Eliminação; Alimentação e Auto Imagem; Atividade Física; Locomoção; Integridade cutâneo-mucosa; Carga Viral de 45 cópias/mm³ e CD4: 185 células/mm³. O Plano assistencial desenvolvido teve como base as alterações osteoarticulares do paciente adicionadas ao processo de desenvolvimento da doença. Após correlação dos sintomas do paciente com a terapia antirretroviral, a assistência à saúde direcionada ao paciente foi alterada. **Conclusão:** A desmineralização óssea relacionada ao uso de TARV indica necessidades diferenciadas neste grupo.

Descritores: Cuidados de enfermagem, Síndrome de Imunodeficiência Adquirida, Doenças Ósseas Metabólicas.

INTRODUÇÃO

A infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) leva a uma doença crônica e progressiva, a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA/AIDS), que tem como

característica uma alta replicação viral, destruindo o sistema imunológico da pessoa infectada.¹ As células mais susceptíveis à infecção pelo HIV são as que possuem a glicoproteína CD4+, em especial os linfócitos T, células de defesa imunológica. Quanto menor a quantidade destas células, maior a probabilidade de surgirem infecções oportunistas.¹⁻²

Os primeiros casos de infecção pelo HIV na fase da síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS) foram relatados nos EUA em 1981. Pouco depois, os casos foram encontrados na Europa. O vírus foi identificado em 1983. Na época, o intervalo entre a contaminação e o início da AIDS era estimado em 10,8 anos. Pacientes não tratados com AIDS tiveram sobrevida mediana de 9 meses. De 1980 a junho de 2016, foram notificados no país 842.710 casos de AIDS. O Brasil tem registrado, anualmente, uma média de 41,1 mil novos casos de AIDS nos últimos cinco anos.³

Desde 1996 a distribuição de todos os antirretrovirais no Brasil é gratuita e distribuída pelo Sistema Único de Saúde (SUS). De acordo com dados do Ministério da Saúde, a partir de 2013 o tratamento é garantido a todas as pessoas que convivem com o HIV (PVHIV). Consequentemente, a introdução de drogas inibidoras de protease adicionado aos regimes de drogas triplas, conhecidos como terapia antirretroviral altamente ativa (TARV), mudou radicalmente o prognóstico da doença, induzindo melhorias consideráveis na qualidade de vida e na sobrevivência.⁴

Embora a terapia antirretroviral tenha aumentado a expectativa e a qualidade de vida dos pacientes acometidos pelo HIV, sua utilização contínua somada aos danos ocasionados pelo vírus resulta em significativas alterações osteoarticulares. Os primeiros relatos de perda óssea foram publicados em 1995, antes do surgimento da TARV, e não incluíram nenhum caso de fratura. A partir da virada do século, um número crescente de estudos demonstrou perda óssea em pacientes infectados pelo HIV, em seguida a terapia com inibidores de pós-protease tornou-se regra em 1997, aumentando a prevalência de osteopenia e osteoporose (variando de 20 a 65% e 0 a 14% e 22 a 76% e 3 a 30% em pacientes sem e em uso de TARV respectivamente), bem como a possível ação de drogas antirretrovirais na perda óssea.³

Observações clínicas e estudos recém-publicados fornecem evidências do crescente interesse e preocupação com mudanças na composição corporal e complicações metabólicas relacionadas à infecção pelo HIV. A causa advém do uso de inibidores de protease da terapia ou tratamento antirretroviral de alta potência que resultam em síndromes distintas com múltiplas causas, conhecidas mais comumente como atrofia de gordura periférica, acúmulo central de gordura, dislipidemia e desregulação da glicose. A osteoporose e a osteopenia foram observadas recentemente e apresentam demandas de cuidados de enfermagem ortopédicos³ no tratamento do HIV/AIDS.⁴⁻⁵

O aumento considerável da expectativa de vida dos pacientes infectados pelo HIV na era da TARV, resulta em importantes alterações metabólicas e osteoarticulares decorrentes do prolongado tempo de infecção viral e desse tratamento, tornando o paciente HIV positivo suscetível às complicações oriundas da terapia antirretroviral, dentre as quais destacamos a desmineralização óssea ou alterações da mineralização óssea, cujas expressão de complicações ortopédicas mais frequentes são: a osteoporose e osteopenia densitométrica em 28 a 50% dos casos, além de osteonecrose, síndrome do túnel do carpo e capsulite adesiva glenoumeral, com 12% de acometimento da articulação do quadril em todos os casos, cuja principal queixa inicialmente consistia em dor no quadril evoluindo para limitação de movimentos e claudicação, indicando que a prevalência de alterações osteoarticulares é mais frequente na população que convive com HIV e está em uso de TARV com padrão de apresentação clínica, evolução natural da doença e resposta terapêutica diferentes daqueles da população geral.^{3, 6-7}

Os antirretrovirais atuam diretamente no processo de virulência da célula e na replicação viral. Eles reduzem a multiplicação do HIV diminuindo a quantidade do vírus no organismo e retardando o desenvolvimento da doença. Estudos observaram grande melhora na qualidade de vida dos pacientes em uso ARV, mas observou-se também algumas consequências do tratamento com antirretrovirais ARV como: alterações metabólicas e osteoarticulares. A desmineralização óssea aparece em grande parte dos pacientes em uso prolongado de TARV, ocorrendo osteopenia e osteoporose como consequência.

A relação entre a desmineralização óssea em pacientes com HIV e o uso de TARV, atinge 28 à 50% dos pacientes infectados pelo HIV sob a forma de osteoporose ou osteopenia densitométrica apontando para uma elevada atividade osteoclástica, onde ocorre perda óssea, em paciente HIV. O estudo porém, não aponta a causa dessa elevada atividade.⁷⁻⁸ Um estudo recente comparando tenofovir alafenamida fumarato (TAF)/emtricitabina (FTC)/bictegravir com abacavir/lamivudina/dolutegravir para o início da TARV demonstrou diminuição da Densidade mineral óssea (DMO) na coluna vertebral e quadril após 96 semanas, com dados de marcadores de renovação óssea de suporte.⁸⁻⁹

O paciente deste estudo apresentou uma fratura lombar após tratamento prolongado da SIDA com utilização de TARV que motivou o aprofundamento do conhecimento sobre as alterações osteoarticulares propiciando a oportunidade de identificar e desenvolver respectivamente a assistência necessária. Torna-se relevante frente a complexidade do quadro clínico que os pacientes HIV positivos apresentam quando diante de longos períodos de terapia medicamentosa e internação hospitalar.

Através da discussão clínica do caso, estabelece-se critérios terapêuticos para abordagem aos efeitos que a TARV propociona, estabelecendo condutas preventivas para minimizar o desconforto de quem faz uso ou mesmo evitar outros eventos adversos que possam acontecer. As lacunas de pesquisa e as preocupações de gerenciamento do cuidado de enfermagem para indivíduos que já foram expostos à TARV com efeitos negativos no metabolismo ósseo, adicionando riscos para fratura⁴, propicia a reflexão sobre as melhores práticas para futuros profissionais nos cuidados aos portadores de SIDA em uso de terapêutica antirretroviral manifestando alterações osteoarticulares.⁵

A assistência de enfermagem desenvolvida para o caso se baseou no processo de enfermagem segundo a teoria das necessidades humanas básicas afetadas de Wanda de Aguiar Horta⁹, cujo processo de enfermagem é considerado uma ferramenta importante para a realização da assistência. Através da sua utilização, com um processo de organização do trabalho, temos a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), com ênfase especial em aspectos relacionados a pessoas que vivem com HIV em uso de terapia antirretroviral acometida por alterações osteoarticulares.¹⁰

A SAE é uma ferramenta utilizada para direcionar as ações, planejar o cuidado e entender os problemas e a evolução de enfermagem de forma organizada, clara, embasada legalmente pela Lei embasada legalmente na Resolução Cofen nº 358/2009.¹¹

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de caso clínico e descritivo, baseado na assistência de enfermagem prestada a paciente acometido por SIDA, apresentando alterações osteoarticulares durante a hospitalização. Estudo de caso é um tipo de estudo em que o pesquisador tem que dominar o assunto completamente, até esgotar todas as fontes Epidemiológicas e um dos principais tipos de delineamento de Pesquisas Clínicas epidemiológicas, descritivo de baixo custo e com curta duração cujo grande desafio seja a sua aplicação e a utilização das suas ferramentas na rotina dos serviços de maneira

institucionalizada, de forma que ela possa contribuir com todas as suas potencialidades para a melhoria da saúde desta população.¹²

A coleta de dados ocorreu através do levantamento de informações nos prontuários físico e eletrônico, durante assistência prestada ao paciente, atentando-se aos registros de profissionais da equipe, durante a assistência, por meio da técnica de análise documental.

O período de coleta de dados foi de outubro a novembro de 2017, seguindo o roteiro de pesquisa fundamentado na teoria das necessidades humanas básicas afetadas de Wanda de Aguiar Horta.⁹

A teoria das necessidades humanas básicas é apresentada por Wanda Horta pelo Processo de Enfermagem (PE). Configura-se em uma importante ferramenta para a sistematização da assistência e promove um cuidado de enfermagem seguro e organizado.¹⁰ O PE oferece suporte clínico na tomada de decisão do enfermeiro, pois reúne dados da assistência e da saúde do paciente relevantes para o desenvolvimento das ações de assistência que serão implementadas.

Wanda de Aguiar Horta, a primeira enfermeira a introduzir o conceito de PE no Brasil, desenvolveu um modelo de enfermagem que apresenta essa metodologia de trabalho para os enfermeiros. Para Horta (1979), o processo de enfermagem é definido como o dinâmica das ações sistematizadas e inter-relacionadas, visando em ajudar o ser humano. Assim, o PE é caracterizado pela inter-relação e dinamismo de suas fases.¹⁰

O modelo conceitual de Horta (1979) é baseado no Hierarquia de necessidades humanas básicas (NHB), que influencia o comportamento humano. Esse modelo de enfermagem busca mostrar a enfermagem como ciência aplicada. Para Horta, todas as necessidades humanas estão intimamente relacionadas e coletivamente compõem a pessoa inteira. Para Horta (1979), o PE é dividido em seis fases:

1. Histórico de Enfermagem: Esta fase consiste em obter dados através de um roteiro sistemático, tornando possível identificar problemas e potenciais reais do indivíduo, família ou comunidade.

2. Diagnóstico de enfermagem: identificando as necessidades básicas de indivíduo e, em seguida, determinar o grau de cuidados necessários na natureza e extensão.

3. Plano Assistencial: A determinação geral de cuidados de enfermagem que os indivíduos devem receber, antes da confirmação do diagnóstico de enfermagem. o plano de saúde é resultado da revisão do diagnóstico de enfermagem e examina as questões e requisitos de cuidados de enfermagem e o grau de dependência do indivíduo.

4. Prescrição de enfermagem: o script diário (ou o designado) que coordena as atividades de enfermagem em direção a um atendimento adequado para atender às necessidades individuais necessidades básicas e específicas.

5. Avaliação de enfermagem: o relatório diário ou prioridade mudanças sucessivas que ocorrem em indivíduos. A avaliação é uma síntese, uma avaliação geral de as prescrições de enfermagem implementadas.

6. Prognóstico: A capacidade estimada dos indivíduos satisfazer suas necessidades básicas, após a implementação de o plano de cuidados e os dados fornecidos pela avaliação de enfermagem.

Para organização dos dados elaborou-se quadros e descrição do caso.

Ressalta-se que os princípios éticos e legais preconizados pela Resolução 466/12 do conselho Nacional de Saúde foram obedecidos conforme contido no termo de consentimento livre e esclarecido devidamente assinado por autoras e paciente e pelo encaminhamento do manuscrito para apreciação dos comitês de ética em pesquisa da instituição envolvida.¹³

RESULTADOS

Histórico de Enfermagem

- *Identificação:* T.S.M, sexo masculino, 36 anos, morador de Nova Iguaçu, internado na DIP desde 01/12/ 2016 devido a episódios de crises convulsivas, se mantendo sem acompanhante na maior parte do tempo. Admitido com diagnóstico de sida, neurotoxoplasmose, tuberculose miliar, esporotricose em snc e crises convulsivas.
- *Queixa atual:* Diante o quadro clínico, a queixa do paciente durante a investigação foi em relação a fortes dores na coluna que o incomodava a ponto de pedir a administração das medicações SOS para alívio da dor, que segundo ele não era resolvida com Dipirona.
- *História Progressa:* Diagnosticado com soropositivo de HIV dia 25 de janeiro de 2011, sendo recebido no HU um mês depois, declarando expectativa positiva em relação ao tratamento. Teve 17 internações anteriores seguidas de alta antes da internação atual.
- *História da doença Atual:* Dia 01 de dezembro de 2016, com a reinternação por motivo de episódios convulsivos, volta a aderir o tratamento, com as medicações da TARV ocasionalmente abandonado, por não apresentar condições financeiras suficientes para ir às consultas. Apresenta fraqueza muscular a médios esforços ao levantar-se e movimentar-se. Desde início de outubro, apresentando queixa de dor aguda em região torácico-lombar da coluna, com exames torácico-lombares mostrando diminuição da altura dos corpos vertebrais torácicos e lombares e presença de múltiplas fraturas.
- *Inspeção Geral:* Acamado com mobilidade prejudicada, movimentando-se com dificuldades no leito e necessitando parcialmente dos cuidados da enfermagem, sendo necessários cuidados de transferência para cadeira de rodas e banho. Consciente, orientado no tempo e espaço, comunicando-se verbalmente e respondendo a solicitações, apresentando bom estado geral com evidências de melhora do quadro clínico. Couro cabeludo íntegro, sem sujidades, pele hidratada, quantidade moderada de pelos. Visão preservada em ambos os olhos, acuidade auditiva preservada em ambos pavilhões auriculares. Presença de equimoses na região abdominal.
- *Hábitos, condições sócio-econômicas e culturais e condições ambientais:* Possui passado com envolvimento em atividades ilícitas, o impossibilitando de morar com a mãe e seus irmãos, mantendo um relacionamento restrito com estes. Teve uma companheira com a qual teve uma filha que está com 13 anos atualmente. Em 2013 morou em São Cristóvão com sua tia Maria, trabalhou como vendedor de água. Em setembro no mesmo ano esteve desempregado e morou na rua em decorrência de conflitos familiares. Em 2016 trabalhava como motorista de caminhão mantendo vínculo formal. Relatou que tem ajuda da mãe no hospital, mas que durante maior parte do tempo ela não pode estar presente devido ao trabalho.
- *Exame físico:* 1. Pele normocorada, acianótica, anictérica e hidratada; 2. Mucosas hipocoradas e hidratadas. Pupilas fotorreagentes e isocóricas; 3. Rede ganglionar impalpável.
4. Cavidade bucal: edentulismo parcial, apresentando pobre higiene oral; 5. Pavilhão auricular: sem sujidades e sem alterações auditivas; 6. À ausculta cardíaca: BNF em 2T; 7. À ausculta pulmonar: MVUA sem ruídos adventícios; 8. Tórax simétrico; 9. Abdome normotenso e globoso, indolor à palpação superficial e profunda, com presença de equimoses devido ao uso de heparina subcutânea. Ruídos hidroaéreos audíveis; 10. Eliminações vesicais: No patinho, SIC, espontânea e satisfatória, de coloração; amarelo-citrino; 11. Eliminações intestinais: Pela fralda, SIC, semi-líquidas, de coloração acastanhada; 12. MMSS: com presença de equimose, perfusão capilar presente e turgor preservado; 13. MMII com panturrilhas livres, sem edemas, sinal de Homans negativo e redução; da força motora; 14. Sinais Vitais: PA: 120x80 mmHg. FC: 80bpm. FR: 18 irpm.

- *Procedimentos cirúrgicos durante a internação:* Realizou 3 cirurgias durante a internação no ano de 2017, uma neurocirurgia de craniotomia para tumor cerebral da convexidade em janeiro, uma cirurgia torácica de traqueostomia em abril e outra neurocirurgia de biópsia estereotáxica em agosto. Todas sem intercorrências.

Procedimentos invasivos: Uso regular de heparina subcutânea, devido aos riscos de formação de trombos.

- *Resultados de exames de interesse para a Enfermagem:* 1) Tomografia de crânio (TC) com contraste em 08/08/2017 que identificou aumento do número de lesões pré-existentes e aumento do reforço anelar, sem sinais de hipertensão intracraniana; 2) Ressonância Magnética (RM) de crânio em 11/08/2017 com persistência das lesões em análise comparativa com RM de crânio em abril/17; 3) Biópsia de lesão cerebral em 29/08/2017 pela neurocirurgia, sem intercorrências, com envio de amostra à bacteriologia, micologia, virologia, Programa de Controle de Tuberculose Hospitalar (PCTH) e anatomia patológica; 4) RM de crânio em 04/09/2017 com melhora importante do edema perilesional, ventrículo menos retraído; 5) Raio X de coluna lombar em 19/10/2017 ressaltou diminuição de tamanho do corpo vertebral em L1 e presença de múltiplas escleroses em superfícies articulares; 6) TC de coluna toraco-lombar em 24/10/2017 evidenciou diminuição da altura dos corpos vertebrais torácicos e lombares com redução de altura dos corpos vertebrais de L1 e L3 a L5, mais evidente nas porções centrais de L1 e L5. Hipótese de osteopenia; 8) RM em 25/10/2017 com redução da altura dos corpos vertebrais de D8 e de D10 a D12, mais evidente na porção central dos mesmos, podendo representar alterações relacionadas a osteopenia, notando-se ainda edema na medular óssea junto aos platôs vertebrais, sugerindo colapso recente, sem sinais de retropulção do muro posterior.

Plano Assistencial

O plano assistencial, apresentado no quadro 1, é indicação da assistência que deverá ser prestada ao indivíduo após a determinação de seus diagnósticos. Para isso, analisam-se não apenas os diagnósticos como também os problemas encontrados, apresentados no quadro 1 e 2, as necessidades afetadas e o grau de dependência do indivíduo. Assim, o plano assistencial está dividido em categorias de cuidados: Fazer e Ajudar; orientar; supervisionar e Encaminhar, que terão verbos correspondentes na prescrição, como por exemplo: aplicar, fornecer, explicar, avaliar e conduzir, respectivamente.

Quadro 1: Diagnósticos de Enfermagem e necessidades humanas afetadas num paciente portador de sida em uso de terapia antirretroviral acometido por alterações ósteo articulares durante hospitalização, Rio de Janeiro, 2020.

Problemas encontrados	Necessidades humanas básicas afetadas	Grau de dependência	Plano assistencial
Dor Aguda	Percepção dos órgãos dos sentidos	Fazer, Supervisionar e Controlar	Avaliar os episódios de dor e controlar a administração de analgesia prescrita
Uso de fralda	Eliminação	Fazer e Ajudar	Realizar troca de fraldas e higiene íntima sempre que necessário
Ausência de Dentes	Alimentação e Auto Imagem	Supervisionar e Encaminhar	Supervisionar aceitação da dieta, que deve ser de consistência pastosa ou semi pastosa e encaminhar ao Dentista

Mobilidade no leito prejudicada	Atividade Física	Fazer e Ajudar	Auxiliar na mobilização no leito e mudança de decúbito, assim como deixar objetos como o patinho ao alcance
Acamado	Locomoção	Fazer e Ajudar	Realizar banho no leito
Várias internações e internação prolongada	Autoimagem	Orientar, Fazer e Ajudar	Informar sobre a conduta terapêutica, realizar escuta ativa e promover relaxamento
Risco de Lesão por Pressão	Integridade cutâneo-mucosa	Orientar, Supervisionar, Ajudar e Controlar	Orientar quanto a mudança de decúbito, supervisionando a realização

Fonte: Elaborado pelas autoras, 2020

Evolução de Enfermagem

A evolução apresenta a descrição do acompanhamento clínico de enfermagem durante o estudo. A evolução apresentada no quadro 2 foi registrada pelas então acadêmicas do sexto-período de enfermagem enquanto realizavam os cuidados de enfermagem ao paciente, autoras do atual estudo.

Quadro 2 – Descrição da evolução de enfermagem e problemas de um paciente portador de sida em uso de terapia antirretroviral com alterações ósteoarticulares no período de hospitalização, Rio de Janeiro, 2020.

Data	Evolução de Enfermagem	Problemas
24/10/2017, às 10:20h	lúcido e orientado, acamado . Queixa-se de lombalgia de intensidade 8 na EVA (Escala Visual Analógica) . Referindo sono prejudicado devido à dor que não apresenta melhora com analgesia prescrita. Boa aceitação da dieta e ingesta hídrica oferecida de 3L/dia. Eliminações vesicais espontâneas em patinho e evacuação pastosa em fralda (SIC).	326 dias de Internação. Acamado; Dor intensa; Sono prejudicado.
	mucosas hipocoradas e hidratadas. Pupilas fotorreagentes e isocóricas. Rede ganglionar impalpável. Edentulismo parcial. Tórax simétrico. Ausculta cardíaca: bulhas normofonéticas em 2 tempos. Ausculta Pulmonar: murmúrios vesiculares universalmente audíveis sem ruídos adventícios. Abdome globoso, ruídos hidroaéreos presentes, indolor à palpação superficial e profunda, com equimoses devido ao uso de heparina subcutânea. Membros superiores (MMSS) com presença de equimose, perfusão capilar presente e turgor preservado. Membros inferiores (MMII) com panturrilhas livres, sem edemas, sinal de Homans negativo e redução da força motora.	Mucosas hipocoradas; equimoses; Edentulismo parcial; redução da força motora.

Fonte: Elaborado pelas autoras, 2020.

Na teoria de Wanda de Aguiar Horta vemos, que o processo de enfermagem é a dinâmica das ações sistematizadas e inter-relacionadas, visando a assistência do ser humano, enquanto o Diagnóstico é caracterizado pela identificação das necessidades do ser humano que precisa do atendimento e a determinação pela enfermeira do grau de dependência deste atendimento em natureza e extensão.

O plano diário de cuidados é também conhecido como Prescrição de Enfermagem, o que põe em prática todas as análises anteriores aprazando os cuidados durante o dia visando coordenar a equipe de enfermagem, sendo obedecida sempre a ordem de prioridades dos cuidados (Horta, 1979). De acordo com Lygia Paim (1978, apud Wanda Horta, 1979 p. 66) esta deve ser elaborada como um objetivo operacional e utilizar-se de verbos no infinitivo, como aplicar, acompanhar, orientar, avaliar, encaminhar, dentre outros. As prescrições devem ser claras, sendo esclarecidas quando necessário como por exemplo em caso de mudanças de decúbito (Horta, 1979) com quais lados mudar ou não, ou em curativos com os materiais a utilizar. A prescrição idealizada para os cuidados diários do paciente desse estudo apresenta-se no quadro 3.

Quadro 3 - Prescrições de enfermagem para um paciente portador de SIDA em uso de terapia antirretroviral acometido por alterações osteoarticulares durante hospitalização, Rio de Janeiro, 2020.

Prescrição	Frequência	Horários
Avaliar nível de consciência e orientação	Nas 24 horas	18 06
Verificar sinais vitais	6 em 6 horas	18 24 06 12
Observar episódios e características de dor e sua localização	Nas 24 horas	18 06
Observar aceitação da dieta	Nas 24 horas	18 06
Observar características e frequência das eliminações fisiológicas	Nas 24 horas	18 06
Realizar banho no leito	1 vez ao dia	10
Auxiliar a higiene bucal	Às refeições	Após refeições
Auxiliar na mudança de decúbito	4 em 4 horas	18 22 02 06 10 12 16
Manter grades do leito elevadas	Nas 24 horas	18 06
Avaliar integridade da pele	Nas 24 horas	18 06
Manter em posição Semi-Fowler	Nas 24 horas	18 06

Fonte: Elaborado pelas autoras, 2020.

A prescrição de enfermagem inicia-se às 18 horas em virtude da rotina adotada no hospital. As prescrições para 24 horas devem ser registradas em cada passagem de plantão as 18 e 06 horas.

Evolução clínica do paciente (descrição do caso)

Em 23 de Março o paciente foi intubado por rebaixamento de consciência e encaminhado ao CTI, sendo decanulado em 23/05/2017, mantendo estabilidade respiratória. Teve diagnóstico de esofagite após endoscopia digestiva alta em 25/05/2017. Apresentou trauma de face por queda após dois episódios de crise convulsiva em 07/06/2017 resultante de provável hipoglicemia, apresentando mais três episódios e foi orientado a dosagem de fenitoína e fenobarbital. Realizou em agosto exames de Tomografia computadorizada (TC) de crânio, mostrando aumento das lesões pré existentes, Ressonância magnética (RM) com persistência das lesões comparativas com Abril/17 e Biópsia de lesão cerebral, sem intercorrências, resultando histopatológico negativo. As autoras desse estudo prestaram assistência de enfermagem ao paciente durante três dias alternados compreendidos entre 10 e 24 de outubro. Em 09/10/2017 identificou-se o primeiro relato de lombalgia pelo paciente, sendo comunicado a equipe médica que optou por prescrição de analgésico. Em 19/10/2017 a queixa de lombalgia permanece e a conduta foi de solicitação radiografia (Rx) e RM da coluna lombar somado ao parecer da ortopedia, que prescreveu tramadol para tratamento. Em 20/10/2017 o paciente relatou melhora da dor com o uso do opióide. O Rx evidenciou diminuição de tamanho do corpo vertebral em L5 e presença de múltiplas escleroses em superfícies articulares. Foi orientado manter paciente restrito ao leito. Em 24/10/2017 foi realizado TC de coluna. Em 25/10/2017 realizou RM de coluna e foi solicitado parecer da ortopedia para nova avaliação. Em 09/11/2017 apresentou dor refratária ao uso de dipirona. Em

13/11/2017, paciente restrito ao leito, não deambulando, continuou relato de lombalgia com melhora ao uso de analgesia. Finalmente, foi realizada avaliação pela Ortopedia que, diante do TC da coluna toraco-lombar, evidenciou diminuição da altura dos corpos vertebrais torácicos e lombares. A RM apresentou múltiplas fraturas e a equipe prescreveu o uso do colete de Putti associado à realização de fisioterapia. Esse tratamento foi iniciado em 16/11/2017. Em 22/11/2017 o paciente relatou pela primeira vez ter melhora da dor lombar. A fisioterapia foi mantida e o paciente apresentou melhora progressiva, lenta, não deambulando, ao uso de colete de putti. Paciente seguiu estável hemodinamicamente, afebril com melhora de lombalgia após o uso do colete de Putti não sendo mais necessária analgesia. Continuou em tratamento para neurotuberculose, em uso de TARV, com profilaxia secundária para Neurotoxoplasmose, em uso de Itraconazol para possível esporotricose de sistema nervoso central (SNC), visto que não havia etiologia definida para crises convulsivas e lesões em SNC.

Tabela 1- Evolução clínica do paciente HIV positivo com manifestação de SIDA em uso de terapia antirretroviral acometido por alterações osteoarticulares durante hospitalização.

Data	Paciente	Conduta médica
09/10/2017	Primeiro relato de lombalgia pelo paciente	Prescrição de analgésico
19/10/2017	Em todos os relatos a queixa de lombalgia permanece	Solicitado RX e RNM da coluna lombar Parecer da ortopedia Prescrição de tramal
20/10/2017	Relatou melhora da dor com uso de opióide	Raio-x evidenciou diminuição de tamanho do corpo vertebral em L5 e presença de múltiplas escleroses em superfícies articulares. Manter paciente restrito ao leito
24/10/2017	Realizou TC de coluna	
25/10/2017	Realizou RNM de coluna	Solicitado parecer da ortopedia para nova avaliação
09/11/2017	Sente dor refratária ao uso de dipirona	
13/11/2017	Mantendo lombalgia com melhora ao uso de analgesia, não deambulando	Foi apresentado o parecer da Ortopedia, TC da coluna toraco-lombar que evidenciou diminuição da altura dos corpos vertebrais torácicos e lombares. Na RNM apresentou múltiplas fraturas, sendo orientado ao uso do colete de putti e retornar a fisioterapia motora com uso do colete.
16/11/2017	Chegou o colete de putti	Uso de colete de Putti
22/11/2017	Primeiro relato do paciente de melhora da dor lombar	Mantendo fisioterapia regular, apresentando melhora progressiva lentamente, não deambulando, orientado ao uso de colete de putti e fisioterapia motora.

Fonte: Elaborado pelas autoras, 2020

Prognóstico de enfermagem

Segundo Wanda Horta (1979, p. 36), prognóstico de enfermagem é estimativa da capacidade do ser humano em atender suas necessidades básicas alteradas após a implementação do plano assistencial e a luz dos dados fornecidos pela evolução de enfermagem.

Após diversos questionamentos quanto à causa da sua dor ser em região lombar, a equipe de fisioterapia iniciou intervenções para tratamento da mesma. Portanto, observou-se alívio da dor a partir da implementação do colete de Putti, utilizado para estabilizar a região comprometida.

Notou-se boa recuperação do paciente deste estudo, retornando a deambulação, banho de aspersão e eliminações fisiológicas em cadeira higiênica diretamente no banheiro. Apresentou, também melhora evolutiva junto à equipe de fisioterapia em relação à força motora e alívio da dor com melhora significativa sob analgesia.

Discussão

As doenças ósseas metabólicas são manifestações importantes que podem ocorrer em pacientes durante a infecção pelo vírus da imunodeficiência humana, afetando os processos metabólicos do tecido ósseo. A osteoporose é considerada uma doença osteometabólica e afeta, principalmente, mulheres na pós-menopausa e idosos, são mais frequentes acima da quinta e sexta décadas de vida, sendo considerada uma das mais prevalentes doenças ósseas e um grande problema de saúde pública. A osteonecrose significa morte de um osso ou parte dele sem trauma ou pós traumática¹⁴. A osteoporose diminui a resistência do osso sem aumentar sua elasticidade, podendo resultar em são fraturas frequentes. As queixas relatadas pelos pacientes com doenças ósseas são monótonas e nem sempre definidas. Destacam -se a dor, as deformidades e os sintomas gerais. As dores podem aparecer em múltiplos segmentos ósseos nas doenças metabólicas como a osteoporose, costumando ser relatada como "profunda", "surda" e "intensa"; pode ser tão forte a ponto de impedir que o paciente durma, como no caso relatado.

Observa-se que os antirretrovirais (ARVs) afetam a densidade óssea, cujo mecanismo primário é a oclusão vascular, levando à hipóxia e necrose óssea. Entretanto não há compreensão sobre a exposição aos ARVs e sua ligação ao aumento do risco de fraturas e osteonecrose. Estudos demonstram fatores do hospedeiro, tais como ser portador de HIV, raça branca, contagem de células CD4 menor que 200, duração da doença e comorbidades contribuem para o risco de fraturas e osteonecrose. A exposição ao Tenofovir (TDF), foi um fator de risco independente para fraturas entre 11.820 pessoas com idade média de 41 anos, 75% do sexo masculina, 1,08/5 anos de exposição; que já usaram ou estavam em uso TDF.

Apesar de controverso o uso ou não de inibidores de protease (IPs) conferir risco adicional de necrose avascular a pacientes infectados pelo HIV, devido a ausência de estudos sem poder suficiente para alcançar significância estatística, devemos estar ciente dessa associação, pois ela pode ajudar a orientar possíveis opções terapêuticas, principalmente para pacientes com outros fatores de risco clássicos, para excluir o efeito da exposição à TARV no risco de osteonecrose. As conseqüências clínicas diretas ainda estão por ser determinadas, porque as alterações na densidade mineral óssea não são preditores perfeitos do risco de fratura e o efeito da exposição à TARV no risco de fraturas e osteonecrose permanecem pouco compreendidas.¹⁵

Num estudo sobre progressão de osteoporose em pessoas que vivem com HIV, a análise incluiu 3726 exames de densitometria óssea de 875 pacientes que foram classificados em três grupos de acordo com a densidade mineral óssea: densidade mineral óssea normal, osteopenia e osteoporose. definido de acordo com os critérios da OMS, como segue: densidade mineral óssea normal, escore mínimo de T. 1.0SD; osteopenia, escore T mínimo de 1.0SD a 2.5 DP; e osteoporose, escore T mínimo, 2,5 DP.(13) A média de idade foi de 41,7 (36,1-47,8) anos e 75,3% eram homens. O darunavir e atazanavir foram associados a um risco aumentado de progressão para perda óssea.¹⁶

Assim considerações especiais para o manejo da fragilidade óssea na pessoa que vive com HIV devem ser baseadas no estado atual da epidemiologia e fisiopatologia da osteoporose¹⁶, indicando as melhores práticas para diagnóstico, prevenção e tratamento da osteoporose em pacientes infectados pelo HIV, cujos fatores de risco são sobrepostos a fatores de risco tradicionais de osteoporose, como tabagismo, abuso de álcool, uso de drogas, baixo índice de massa corporal (IMC) e alta prevalência de deficiência de vitamina D, associada a efeitos do HIV a longo prazo de infecção, disfunção imune continuada e toxicidades induzidas por TARV e sarcopenia.

Inibidores de transcriptase parece diminuir o efeito da perda óssea em comparação com os inibidores da protease, com perda de densidade mineral óssea (DMO) semelhante à induzida pelos glicocorticóides orais (2–4%), com declínio anual da DMO de 2% no quadril e na coluna em pacientes com HIV que receberam TARV, sugerindo a contribuição da TARV na reconstituição imune para o declínio da DMO é maior do que a da própria infecção pelo HIV, revelando valores de DMO da coluna vertebral e da área do quadril 3 a 7% mais baixos do que nos caso controle não infectados com a mesma idade. Ensaios clínicos mostraram que algumas intervenções, em particular suplementos de vitamina D e cálcio, podem prevenir a perda óssea inicial precoce. Outra medida que pode ser aplicada é o uso do abacavir ou um inibidor da integrase, ou com a troca alternativa de tenofovir alafenamida (TAF) pelo tenofovir disoproxilfumarate (TDF), já que o primeiro promove ativação intracelular do pró-fármaco em células imunes infectadas com concentrações mais baixas de tenofovir circulante e eficácia antiviral semelhante e com menor efeito sobre DMO, embora não existam dados mostrando que iniciar ou mudar para um regime ART de proteção óssea reduz a incidência de fraturas.

O fator nuclear kappa-B ligante (RANKL) um receptor de ativação de osteoclastos e acompanhadas de regulação negativa da expressão de antagonistas da osteoprotegrina (OPG), com desequilíbrios entre RANKL/OPG provavelmente causados pela desregulação das células B induzida por vírus. Há efeitos ósseos menos tóxico para os ossos com efavirenz/emtricitabina/TDF do que o TDF administrado com um inibidor de protease (IP). A reconstituição imune induzida por drogas é um fator importante, exemplificada pelo uso de lopinavir/ritonavir combinado com TDF/emtricitabina que resulta em um aumento nos níveis plasmáticos de CTX, RANKL e TNF α , supondo-se que citocinas osteoclastogênicas seriam produzidas pelas células B e T como uma resposta à reconstituição da subpopulação de células T CD4 + com o início da TARV.

A "osteimunologia", produz novas idéias sobre o papel das citocinas inflamatórias, influenciando o equilíbrio ajustado entre reabsorção óssea e formação óssea, ajudando a explicar a ocorrência de osteoporose em conjunto com reações inflamatórias crônicas, um estado inflamatório sistêmico crônico e de baixo grau associado ao envelhecimento relaciona a osteoporose as doenças relacionadas à idade. As células B, unidades formadoras de ossos na medula óssea possui interações osteo imunológicas, como reguladores ativos na perda óssea associada ao HIV ou de uma expressão modulada de genes ligados à sua biologia, além do estresse oxidativo, emerge decorrente do hiv como elos entre a inflamação e a destruição óssea, de uma preponderância da atividade dos osteoclastos sobre a dos osteoblastos. Fatores específicos para a própria infecção pelo HIV e TARV, especialmente tenofovir E inibidores de protease contribuem para a perda óssea, durante a atividade do vírus, no início da TARV (reconstituição imunológica) e está associada a um aumento da reabsorção óssea. A ativação dos osteoclastos pode ser ainda mais impulsionada por níveis elevados de RANKL induzidos por concentrações aumentadas de citocinas pró-inflamatórias interleucinas (IL) 1 e 6, fator de necrose tumoral α (TNF- α) como consequência da inflamação crônica relacionada ao HIV. Além disso, verificou-se que a atividade de osteoblastos e osteoclastos era diretamente afetada in vitro por proteínas virais.¹⁸

Um estudo realizado no Malawi, cuja prevalência do HIV é uma das mais altas do mundo, investigou a DMO reduzida e fatores associados entre adultos que vivem com HIV e recebem TARV baseada em tenofovir. Os resultados do estudo revelam uma alta prevalência de DMO reduzida entre PVHIV, recebendo TARV e também mostraram que a ocorrência de DMO reduzida está associada ao baixo nível de atividade física, fator relacionado ao nosso estudo de caso considerando o tempo de internação do mesmo, mais de 1 ano, e restrição ao leito. A massa óssea aumenta com a idade e os picos entre as idades de 25 e 30 anos; posteriormente, a massa óssea começa a diminuir, levando a uma baixa DMO. Após os 30 anos de idade, a DMO é mantida por cerca de 10 anos antes de começar a declinar a uma taxa de cerca de 0,3-0,5% ao ano em homens e mulheres. Notavelmente, mais homens neste estudo reduziram a DMO do que mulheres com a maior parte da massa óssea reduzida observada na coluna lombar.

Como a força óssea depende, em parte, do estresse mecânico ou da carga mecânica, o estilo de vida da atividade física de um indivíduo pode desempenhar um papel no aumento ou na redução da DMO. Uma menor densidade mineral óssea na coluna lombar em comparação com o colo do fêmur observado no presente estudo pode ser devida à atividade física dos malauianos, como caminhar longas distâncias para o trabalho, o que pode impactar o osso do colo do fêmur, aumentando assim a densidade mineral óssea. A provável ocorrência de DMO reduzida entre os participantes com baixo nível de atividade física revelada neste estudo é apoiada por crescentes evidências que demonstram um impacto negativo da baixa atividade física na DMO. As diretrizes para uma boa saúde óssea recomendam a atividade física como um componente importante na prevenção da perda óssea entre PVHIV. Como demonstrado, foram revelados entre os 20 PVHIV após a participação em um programa de exercícios de força de 12 semanas, sugerindo que a atividade física possa desempenhar um papel na manutenção da DMO entre as PVHS. As descobertas atuais corroboram as evidências fundamentais para considerar a atividade física como uma intervenção para o gerenciamento da DMO reduzida em PVHS.¹⁹

Há indícios de aumento na incidência de fraturas nas pessoas que vivem com o HIV, particularmente maior em homens HIV positivos acima de 40 anos versus negativos, com diferença de dez anos de idade. Ou seja de 50 a 59 anos. As fraturas traumáticas e de baixo impacto podem ocorrer, notadamente o risco de fraturas vertebrais não traumáticas associadas à fragilidade óssea, remontando a importância de avaliação do risco de fratura refletido adequadamente no cálculo do risco real de em pessoas vivendo com hiv, já que geralmente permanece voltados a intervenção para pacientes com idades entre 40 e 50 anos, idade em que o risco de fraturas difere para pacientes como no estudo de caso apresentado. Essa avaliação de risco deve contemplar além da densitometria óssea, tipo de TARV e sua duração, co-infecção pelo Hepatite Vírus C (HCV) ou histórico de quedas. Numa coorte italiana num total 19 fraturas vertebrais em 141 pacientes infectados pelo HIV houve uma maior prevalência de fraturas vertebrais subclínicas coincidindo com o quadro apresentado no estudo de caso¹⁶. Diante do exposto a avaliação do risco de fratura no contexto do HIV precisa, portanto, de mais investigações.

A prevenção e controle de fatores de risco nas alterações osteoarticulares incluem hábitos nutricionais e de estilo de vida, status de vitamina D e risco de queda, que são fatores de risco modificáveis. Deve-se rastrear a osteoporose com densitometria óssea em todos os homens HIV positivos com idade maior ou igual a 50 anos, mulheres na pós-menopausa e com alto risco de fratura por fragilidade, histórico de fratura de baixo impacto (ou seja, após queda da própria altura ou menor), evidência de fratura vertebral de raios-X torácicos e abdominais anteriores ou tomografias computadorizadas, hipogonadismo clínico, uso oral de glicocorticóide por pelo menos 2,5 mg qd de prednisona equivalente por > 3 meses, má absorção, doença inflamatória intestinal, ou hiperparatireoidismo primário. Devem ser encaminhados a um especialista em osteoporose se um risco

significativo de osteoporose surgir após a avaliação de risco. Além disso, a avaliação da fratura vertebral (AFV) concomitantemente com densitometria deve ser realizada em pacientes com alto risco de fraturas vertebrais subclínicas.¹⁷

As medidas preventivas contra a osteoporose devem ser implementadas: Atividade física regular; uma dieta balanceada contendo quantidades suficientes de cálcio e proteína (recomendações médias de 1000 mg de cálcio e 1 g / kg de proteína por dia); prevenção de quedas: abolir hábitos tóxicos (tabagismo, abuso de álcool); melhoria da nutrição com suplementos, especialmente para a vitamina D e cálcio; tratamento farmacológico a critério médico (o tratamento com bifosfonatos - alendronato ou zolendronato é a opção preferida, porque dados clínicos sugerem que eles são bem tolerados, seguros e eficazes; e revisão do esquema de TARV naqueles com osteoporose risco acima do limiar de intervenção recomendado para a idade; osteopenia acentuada (escore T <- 1,5 / - 2 DP).¹⁷

Num programa de reabilitação incluindo exercícios específicos, supervisionados diariamente pelo fisioterapeuta e orientados por escrito e de maneira verbal durante a internação hospitalar, foi adicionado o uso de um colete lombar do tipo putti-baixo sempre que saísse do leito, durante as duas semanas seguintes, retirando-o somente para o banho e ao deitar-se; cuidados com a coluna e atividades diárias. Utilizando-se escala analógica visual de dor, teste de alcance funcional e alterações posturais pelo método flexicurva, constatou-se resultados tão significativos quanto às orientações sobre cuidados e atividades de vida diária, apontando adoção destes métodos de intervenção, semelhantes ao caso estudado, para evolução significativa de hérnia de disco lombar. A dor é a soma de diversos componentes: herniação e degeneração do disco, além da estenose do canal espinhal, ou seja, fatores mecânicos e inflamatórios. O tratamento de primeira escolha é conservador (não cirúrgico) e tem como objetivos: alívio da dor, aumento da capacidade funcional e retardar a progressão da doença, por meio de diferentes tipos de tratamento e reabilitação precoce e intensa tem efeito positivo sobre a dor, incapacidade e mobilidade lombar, lombociatalgia e hérnia de disco lombar.²⁰

A osteoporose é um importante problema de saúde pública devido ao impacto da fratura óssea osteoporótica cujas consequências incluem não apenas dor crônica, comprometimento respiratório, mobilidade reduzida, incapacidade e mortalidade, mas também aumento do custo social por causa da perda de dias de trabalho, aumento dos cuidados de saúde e de enfermagem e reabilitação a longo prazo. Consequentemente, a avaliação do risco de fratura deve ser uma alta prioridade entre as medidas de saúde, durante o primeiro ano de infecção pelo HIV ou iniciação da TARV, independentemente da idade ou sexo.¹⁶

Os enfermeiros devem considerar a avaliação e aconselhamento da saúde óssea como padrão para todos os pacientes. As informações baseadas em evidências apresentadas sobre prevenção, rastreamento, diagnóstico e tratamento visam combater a epidemia de osteoporose, resultando na redução da lacuna de tratamento e redução do risco de fratura entre aqueles a quem os enfermeiros prestam atendimento. Prevenindo, rastreando, diagnosticando e tratando antes das fraturas ocorrerem. Os cuidados com a saúde óssea, incluindo avaliação, diagnóstico, tratamento e aconselhamento, devem ser cuidado padrão de enfermagem, assim como a identificação e o tratamento de fraturas e fragilidade óssea para evitar episódios subsequentes, aplicados ao caso em estudo, tendo em vista ocorrência de um ou mais tipos de fraturas de baixo trauma. Casos com escores que refletem "osteopenia", indicam um alto risco baseado histórico de fraturas anteriores ou outros fatores de risco.²¹

Assim como neste estudo, o Modelo Conceitual de Wanda Horta auxiliou no desenvolvimento de uma ferramenta de coleta de dados para identificar diagnósticos de enfermagem em pacientes hospitalizados com cirrose hepática por meio de entrevistas com os pacientes e/ou seus cuidadores, exame físico e consulta aos prontuários com inclusão

e reformulação de dado que levaram à versão final da ferramenta de coleta de dados.¹⁰ Com reflexos para modelos teóricos que simulam o comportamento ou as atividades da enfermagem, inclusive os cuidados de enfermagem, no que se refere a gerenciamento do cuidado, fundamentação teórica, avaliação, pesquisa e formação profissional possibilitando amíúde avaliação da natureza e extensão de problemas ligados às alterações ósteo articulares em portadores de HIV em uso de terapia antirretroviral. Assim como, ao planejamento da assistência durante a hospitalização num setor de doenças infecciosas. Utilizar-se do propósito de observação, cuidados, diagnóstico ou tratamento de outra natureza diferenciada da DIP, considerada uma especialidade com suas peculiaridades e demandas próprias, são funções esperadas dos membros da equipe de enfermagem na prática clínica junto ao paciente portador de HIV em uso de TARV acometido por alterações ósteo articulares.

CONCLUSÃO

As alterações osteoarticulares podem ser consideradas complicações associadas ao estresse oxidativo pela própria infecção do HIV; ao uso prolongado do tratamento com a TARV; ao gênero masculino com média etária de 30 anos; e a baixa prática de atividade física. Como enfermeiros que gozam do privilégio de passar a maior parte das horas trabalhadas assistindo diretamente o paciente, lançar mão da investigação ao prontuário, de uma escuta qualificada, associando as queixas às informações colhidas é de extrema relevância para implementação das Teorias de Enfermagem. Para que a prática do cuidado, inerente a profissão, se dê de forma cada vez mais singular, atentando-se às especificidades, que podem sobrepor-se ao diagnóstico principal, como o achado das acadêmicas de enfermagem frente ao estudo do caso de um portador de SIDA. Diante dos diagnósticos de enfermagem, foi possível promover um plano assistencial mais adequado às necessidades humanas básicas do paciente, tratando e prevenindo novas complicações osteoarticulares ao mesmo.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos ao enfermeiro Dr. Elson Santos de Oliveira pela valiosa contribuição, compartilhando sua experiência e oferecendo assistência às autoras durante a elaboração deste estudo de caso.

REFERÊNCIAS

1- BRASIL. Ministério da Saúde. PROTOCOLO CLÍNICO E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS PARA MANEJO DA INFECÇÃO PELO HIV EM ADULTOS. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_manejo_hiv_adultos.pdf > Acesso em: 20 nov. 2017.

2- Mehseñ-Cêtre, Charles Cazanave, Osteoarticular manifestations associated with HIV infection, Joint Bone Spine, Volume 84, Issue 1, 2017, Pages 29-33, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jbspin.2016.04.0041297-319X/>© 2016 Soci'et'e franc, aise de rhumatologie.

3- Mehseñ-Cêtre, Nadia. Cazanave, Charles Osteoarticular manifestations associated with HIV infection, Joint Bone Spine, Volume 84, Issue 1, 2017, Pages 29-33, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jbspin.2016.04.0041297-319X/>© 2016 Soci'et'e franc, aise de rhumatologie.

- 4- Briggs, Janet M.; Drabek, Carole A. Metabolic Complications of HIV and AIDs, Orthopaedic Nursing: July-August 2001 - Volume 20 - Issue 4 – p 41-50
- 5- Shiao, Stephanie Arpadi, Stephen M. Yin, Michael T. Bone Update: Is It Still an Issue Without Tenofovir Disoproxil Fumarate? Current HIV/AIDS Reports (2020) 17:1–5 <https://doi.org/10.1007/s11904-019-00474-1>
- 6- SILVA-SANTOS, Antonio Carlos; MATOS, Marcos Almeida; GALVAO-CASTRO, Bernardo. Reabsorção no metabolismo ósseo de pacientes HIV-positivos. Acta ortop. bras., São Paulo , v. 17, n. 2, p. 50-52, 2009 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-78522009000200010&lng=en&nrm=iso>. access on 30 Nov. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-78522009000200010>.
- 7- Lima Ana Lúcia Lei Munhoz, Godoy Alexandre Leme, Oliveira Priscila Rosalba Domingos, Gobbi Ricardo Gomes, Silva Camila de Almeida, Martino Patricia Bernardelli et al . Alterações ortopédicas na AIDS. Rev. bras. ortop. [Internet]. 2009 June [cited 2020 June 06] ; 44(3): 186-190. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-36162009000300002&lng=en. <https://doi.org/10.1590/S0102-36162009000300002>.
- 8- Guimarães Nathalia Sernizon, Guimarães Milena Maria Moreira, Kakehasi Adriana Maria, Paula Mariana Guimarães Penido de, Caporali Júlia Fonseca de Moraes, Vieira Érica Leandro Marciano et al . Prevalence of low bone mass and changes in vitamin D levels in human immunodeficiency virus-infected adults unexposed to antiretrovirals. Rev. Soc. Bras. Med. Trop. [Internet]. 2018 Oct [cited 2020 June 06] ; 51(5): 596-602. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0037-86822018000500596&lng=en. <https://doi.org/10.1590/0037-8682-0475-2017>.
- 9- Pinto Taciana, Monteiro Fernanda, Paes Lorena, Farinatti Paulo T. V. Benefícios do exercício físico para, pacientes com HIV/AIDS. Revista HUPE, Rio de Janeiro, 2013;12(4):18-26. doi:10.12957/rhupe.2013.8709. Disponível em: https://repositorio.ufrn.br/jspui/bitstream/123456789/27909/1/metodologia_da_pesquisa.pdf
10. Gimenes FR, Reis RK, da Silva PC, Silva AE, Atila E. Nursing Assessment Tool for People With Liver Cirrhosis. *Gastroenterol Nurs.* 2016;39(4):264-272. doi:10.1097/SGA.000000000000153
- 11- Conselho Federal de Enfermagem (BR). Resolução Nº 358 do Conselho Federal de Enfermagem, de 15 de outubro de 2009 (BR). 2009 [citado 21 jan 2016]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html
- 12- Souza, Evânia Leiros de. Lyra, Clélia de Oliveira. Costa, Nilma Dias Leão. Rocha, Paulo de Medeiros. Uchoa, Alice da Costa. Metodologia da pesquisa: aplicabilidade em trabalhos científicos na área da saúde. Natal, RN : EDUFRN, 2019.
- 13- Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde, Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução no 466, 12 de dezembro de 2012: Revoga a Resolução 196/96 sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.

- 14- Borges, Álvaro H. Hoy, Jennifer. Florence, Eric. Sedlacek, Dalibor. Stellbrink, Hans-Jürgen. Uzdaviniene, Vilma. et al. Antiretrovirals, Fractures, and Osteonecrosis in a Large International HIV Cohort, *Clinical Infectious Diseases*, Volume 64, Issue 10, 15 May 2017, Pages 1413–1421, <https://doi.org/10.1093/cid/cix167>
- 15- Itipong Permpalung, Patompong Ungprasert, Sarawut Summachiwakij, Napat Leeaphorn, Eric L. Knight, Protease inhibitors and avascular necrosis: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Antimicrobial Agents*, Volume 44, Issue 2, 2014, Pages 93-95. <https://doi.org/10.1016/j.ijantimicag.2014.02.011>
- 16- Negredo, Eugènia. Langohr, Klaus. Bonjoch, Anna. Pérez-Alvárez, Núria. Estany, Jordi Puig, Carla. Rosales, Joaquim. et al. High risk and probability of progression to osteoporosis at 10 years in HIV-infected individuals: the role of PIs, *Journal of Antimicrobial Chemotherapy*, Volume 73, Issue 9, September 2018, Pages 2452–2459, <https://doi.org/10.1093/jac/dky201>
- 17- Biver, E., Calmy, A., Aubry-Rozier, B. et al. Diagnosis, prevention, and treatment of bone fragility in people living with HIV: a position statement from the Swiss Association against Osteoporosis. *Osteoporos Int* 30, 1125–1135 (2019). <https://doi.org/10.1007/s00198-018-4794-0>
- 18- Pietschmann P, Mechtcheriakova D, Meshcheryakova A, Föger-Samwald U, Ellinger I: Immunology of Osteoporosis: A Mini-Review. *Gerontology* 2016;62:128-137. doi: 10.1159/000431091
- 19- Chisati, M. Enock. Reduced bone mineral density among HIV infected patients on anti-retroviral therapy in Blantyre, Malawi: Prevalence an associated factors, 2020. January 14, 2020 <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0227893>
- 20- Bulhões, José Renato; Irineu, Thaís Pinheiro; Masini, Marcos; Carvalho, Gustavo Azevedo. Eficiência dos métodos fisioterapêuticos de reabilitação no pós-operatório de hérnia de disco lombar / Efficiency of physiotherapeutics methods of rehabilitation in the post-operative of lumbar disc hernia. *RBM rev. bras. med* ; 65(7)jul. 2008.
- 21- Sietsema, DL. Fighting the Epidemic Bone Health and Osteoporosis. *Nursing Clinics of North America*, 55, Issue 2, 193-202, 2020, DOI: 10.1016/j.cnur.2020.02.002

Ronalberto Lopes de Araujo

Acadêmico de Enfermagem, Universidade de Pernambuco

Évelyn Cristina Morais Pessoa Lima

Acadêmico de Enfermagem, Universidade de Pernambuco

Claudinalle Farias Queiroz de Souza

Enfermeira, Doutora, Docente, Universidade de Pernambuco

Débora Martins Werkema

Enfermeira, Especialista, Hospital Agamenon Magalhães

Emanuela Batista Ferreira e Pereira

Enfermeira, Doutora, Docente, Universidade de Pernambuco

Ana Carolina Pereira Gomes

Enfermeira, Especialista, Hospital Agamenon Magalhães

Jael Maria de Aquino

Enfermeira, Pós-Doutora, Livre Docente, Universidade de Pernambuco

RESUMO

Introdução: Atualmente, o uso de metodologias ativas que descentralizam o conhecimento e tornam o processo interativo, integrado e dinâmico têm se mostrado bastante eficiente no processo de construção da aprendizagem. Os jogos se enquadram nesta nova perspectiva de educação e podem ser utilizados como mediadores do processo de aprendizagem. Além de trabalhar de maneira lúdica, acessível e bem receptiva, os jogos que têm finalidades e objetivos a serem alcançadas (Jogos Sérios) conseguem estimular a criticidade, evidenciar o protagonismo do jogador, testar seus conhecimentos e conduzi-lo ao aprendizado significativo. **Objetivo:** Analisar o uso de games na formação de profissionais em de saúde. **Metodologia:** Trata-se de um estudo de revisão sistemática baseada nas recomendações e critérios do *Systematic Reviews and Meta-Analyses e critérios do Preferred Reporting Items (PRISMA)*. As bases de dados selecionados foram: Lilacs, Medline e PubMed e suas buscas foram orientados pela pergunta norteadora: “Os games têm sido utilizados para a formação de profissional em saúde?”. Critérios de inclusão: Foram incluídos artigos nos idiomas português e inglês, publicações de até 5 anos (2014 a 2019) no formato de artigo completo e disponíveis. Como critérios de exclusão, foram excluídos trabalhos que não se encontravam no formato de artigo ou que não abordassem o tema proposto. **Resultados:** 413 artigos dos quais 86 eram duplicados, 98 indisponíveis para leitura na íntegra e 206 não respondiam à pergunta norteadora do trabalho. Foram excluídos 390 e 23 integraram o *corpus* da revisão. **Conclusão:** Os artigos analisados demonstraram que o uso de jogos para a formação de profissionais de saúde tem um enorme impacto positivo, contudo precisam de maiores estudos, principalmente em relação aos resultados na prática.

Descritores: Jogos experimentais; Exame físico; Educação em enfermagem; Ensino

INTRODUÇÃO

Para proporcionar uma assistência integral ao usuário do sistema de saúde, se faz necessária a construção de um conhecimento ampliado acerca das dimensões objetivas, subjetivas e sociais da saúde, desenvolvendo a consciência de um trabalho voltado para além do plano de cura terapêutico em prol de um cuidado em todas as dimensões que envolvem cada um deles (TAROCO; TSUJI; HIGA, 2017).

Considerando a importância de instaurar e remodelar novos conceitos e perspectivas no desenvolvimento do trabalho dentro da área de saúde, muitas mudanças no processo de construção da aprendizagem tem ocorrido. Atualmente o uso das metodologias ativas têm se mostrado bastante eficiente, pois descentralizam o conhecimento e tornam o processo interativo, integrado e dinâmico (FABBRO et al., 2018).

Os jogos se enquadram nesta nova perspectiva de educação e podem ser utilizados como mediadores do processo de aprendizagem. Além de trabalhar de maneira lúdica, acessível e bem receptiva, os jogos que têm finalidades e objetivos a serem alcançadas (Jogos Sérios) conseguem estimular a criticidade, evidenciar o protagonismo do jogador, testar seus conhecimentos e conduzi-lo ao aprendizado significativo (DEGUIRMENDJIAN; MIRANDA; MASCARENHAS-ZEM, 2016).

A necessidade de envolver a formação de qualidade e as novas modalidades de desenvolvimento do conhecimento, como o uso de tecnologias para a área da saúde, principalmente as tecnologias educacionais digitais, se mostra cada vez mais crescente. Esta modalidade é capaz de conquistar a atenção do público-alvo, em especial a geração dos novos formandos já acostumados a utilizar o ciberespaço, que demonstram preferência por novas tecnologias quando comparada a uma estratégia de promoção de conhecimento tradicional (DIAS et al., 2016).

Diante desse contexto, os jogos sérios adentraram em ambientes cada vez mais diversificados sendo introduzidos, inclusive, para a formação de profissionais da área da saúde auxiliando na transmissão de conhecimento, como por exemplo a respeito da prática clínica contribuindo para uma assistência médica de qualidade (JACKSON et al., 2020).

Além disso, a utilização de jogos sérios permite que os indivíduos se concentrem melhor diante das problemáticas apresentadas através da estimulação da motivação dos estudantes utilizando o lúdico gerando encanto na aprendizagem (WONG et al., 2020). É evidenciado cientificamente que a utilização de jogos para o ensino-aprendizagem auxilia no desenvolvimento do pensamento crítico contribuindo ainda mais para formação individual de estudantes, profissionais e até mesmo docentes das mais variadas áreas do conhecimento (QIAN; CLARK, 2016).

METODOLOGIA

Tipo de estudo

Trata-se de um estudo de revisão sistemática baseado nas recomendações e critérios do Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. (MOHER et al., 2009).

Bases de dados e estratégias de busca

Foi estruturada a revisão sistemática sobre o tema, com a seguinte pergunta norteadora: “Os games têm sido utilizados para a formação de profissional em saúde?”. A partir da pergunta norteadora, foi traçado o perfil dos descritores selecionados a partir dos

Descritores em Ciências da Saúde - DeCS, sendo eles: Jogos experimentais, Exame físico, Educação em enfermagem e Ensino, tendo o operador boleano “and” como intercessão entre eles.

O cruzamento dos descritores se deu pareando-os em duplas e em trios. O cruzamento dos descritores foram: Jogos experimentais AND Exame físico AND Educação em enfermagem, Jogos experimentais AND Exame físico AND Ensino, Jogos experimentais AND Exame físico e Jogos experimentais AND Ensino.

Foram utilizados os descritores nos idiomas português e inglês. As bases de dados foram Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde - Lilacs, PubMed e Medical Literature Analysis and Retrieval System Online - Medline.

Critérios de inclusão e exclusão dos artigos

Foram incluídos trabalhos que tenham foco específico na utilização de games para a formação de profissionais na área da saúde. Foram incluídos artigos nos idiomas português e inglês, publicações de até 5 anos (2014 a 2019) no formato de artigo completo e disponíveis.

Foi utilizado como critério o uso dos descritores Jogos experimentais ou Exame físico em todos os cruzamentos para um maior refinamento do conteúdo pesquisado.

Como critérios de exclusão, foram excluídos trabalhos que não se encontravam no formato de artigo ou que não abordassem o tema proposto.

Estratégia da Revisão

As buscas nas bases de dados ocorreram entre os meses de maio e junho de 2019. Foi realizada a filtragem dos artigos baseadas nos critérios estabelecidos. A primeira análise se deu através da leitura dos títulos e dos resumos dos trabalhos identificados nas bases.

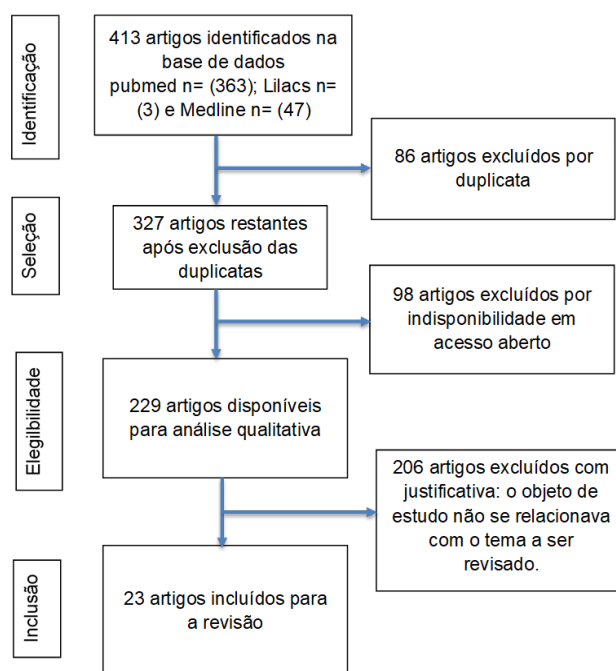
Após isso, ocorreu a leitura dos artigos o que possibilitou excluir artigos que não compreendiam o objetivo de estudo. Os artigos excluídos foram classificados em uma planilha nas categorias: não abordam o tema, duplicados e indisponíveis.

O banco de dados da revisão sistemática foi construído no Software Microsoft Excel e os dados analisados de forma descritiva, com o objetivo de comparar os achados, buscando apresentar os dados em números absolutos e relativos através de tabelas e gráficos.

RESULTADOS

Através da busca de artigos na base de dados foram encontrados 1.349 artigos. Após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão foram examinados 413 artigos, dos quais 86 eram duplicados, 98 indisponíveis na íntegra e 206 não respondiam à pergunta norteadora do trabalho. Foram excluídos 390 e 23 integraram o *corpus* da revisão (Figura 1).

Figura1: Fluxo da revisão sistemática. Recife, 2020.



Dentre os 23 artigos selecionados, 08 apresentaram desenho de estudo retrospectivo e 15 prospectivo. Apenas 4 foram escritos e publicados por enfermeiros dentre os quais dois foram publicados em periódico nacional sendo intitulado *Revalidação de jogo para ensino da medida auscultatória de pressão arterial: estudo-piloto* e *Uso de gamificação para o ensino de informática em enfermagem* na Revista Brasileira de Enfermagem (Reben).

Quanto aos locais de estudo, 5 foram realizados no Brasil, 8 nos Estados Unidos da América, 3 na Holanda, 2 na Alemanha, um na Austrália, um no Egito, um na Arábia Saudita, um nas Filipinas e um na Espanha. Não foi possível constatar o local de estudo das revisões.

Conforme apresentado no quadro 1, os estudos foram categorizados de acordo com o ano de publicação, tipo e o meio de desenvolvimento. Com relação ao ano de publicação os anos de 2015 a 2017 foram os com maior quantidade de publicações com este tema, totalizando 6 estudos selecionados no ano de 2015; 5 estudos no ano de 2016 e 6 no ano de 2017, 2018 com 2 estudos, 2019 com 2 estudos e 2014 com dois estudos. Em relação ao tipo e meio de desenvolvimento, 15 foram digitais, 6 foram físicos, sendo eles em tabuleiro, papel A4 e através de cartas, 2 foram revisão de literatura.

Os 21 artigos originais envolveram 2.396 participantes entre estudantes e profissionais da área da saúde. Nos artigos de revisão não foi possível identificar a quantidade de participantes.

Quadro 1. Características dos estudos selecionados segundo autor, ano, base de dados, número de participantes, tipo e meio de desenvolvimento. Recife, 2020.

Autores	Ano	Base de dados	Nº de participantes	Tipo	Meio de desenvolvimento
GRAAFLAND	2014	PubMed	45	Digital	Computador – Jogo Séri
SMITH et al.,	2016	PubMed & Medline	306	Digital	Jogo Computador – Simulação Online /

					Site da World Wide Web
DANKBAAR et al.,	2017	PubMed	159	Digital	Computador – Jogo sério
TRAN et al.,	2016	Pubmed & Medline	24	Digital	Computador – Jogo Sério
DEL CURA-GONZÁLEZ et al.,	2016	PubMed & Medline	394	Digital	Computador – Jogo Sério
BURLESON; OLIMPO	2016	PubMed & Medline	36	Físico	Tabuleiro
JANSSEN et al.,	2016	PubMed & Medline	35	Digital	Computador – Jogo Sério
GRAAFLAND et al.,	2015	PubMed & Medline	147	Digital	Computador – Jogos sérios
DIEHL et al.,	2015	PubMed & Medline	20	Digital	Computador – Jogos sérios
PETTIT et al.,	2015	PubMed & Medline	91	Digital	Computador – Plug-in do PowerPoint
CASTRO; GONÇALVES,	2018	PubMed	15	Digital	Computador – Ambiente virtual de Aprendizagem (AVA)
CHEN et al.,	2015	PubMed	58	Digital	Computador – Jogo de simulação
HAUBRUCK et al.,	2018	PubMed	116	Digital	Mobile – Jogo sério
CHON et al.,	2019	PubMed	140	Digital	Computador – Jogos sérios
PINHATTI et al.,	2019	PubMed	24	Físico	Tabuleiro
MOHAN et al., 2017	2017	PubMed	368	Digital	Computador – Jogos sérios
CRUTCHFIELD et al.,	2017	PubMed	136	Digital	Computador – Site World Wide Web
LUCHI; MONTREZOR; MARCONDES	2017	PubMed & Medline	127	Físico	Papel A4
MILNER; COSME	2017	Medline & PubMed	18	Físico	Cartas
GUTIERREZ	2014	Medline	107	Físico	Cartas
BELLAN et al.,	2017	Lilacs	30	Físico	Cartas
ABURAHMA; MOHAMED	2015	PubMed & Medline	NI	Revisão de Literatura	NA
ABDULMAJED; PARK; TEKIAN	2015	PubMed & Medline	NI	Revisão de Literatura	NA

NI: não informado; NA: não se aplica

DISCUSSÃO

Com o objetivo de facilitar a compreensão da análise do material científico explorado, a discussão do presente estudo foi dividida em três categorias temáticas: Os

jogos que tiveram sua abordagem pelo meio digital; os jogos desenvolvidos em meio físico e as revisões de literatura.

Meio Digital

Dentre os artigos investigados, onze pontuavam sobre o uso de jogos digitais na formação de profissionais em saúde.

Os jogos digitais são formulados em ambientes visualmente atraentes e que possuam interação em que o jogador se concentre e ofereça dificuldades cada vez mais desafiadoras e que precisem de maior habilidade e destrezas para executá-las. Esses jogos, devido ao seu alto poder de concentração e disponibilidade de tempo para serem executados, costumam absorver várias horas da rotina dos jogadores o que, em certa dosagem, pode ser prejudicial, pois consomem horas que poderiam ser melhor aproveitadas através de outras atividades, como, por exemplo, o estudo (SAVI; UBRICHT, 2008).

Com o objetivo de atrelar os jogos com a aprendizagem, surgem os *serious games*. Os jogos sérios se diferem dos jogos tradicionais devido ao seu objeto final no qual está relacionado a aprendizagem ou a mudanças de comportamentos. Estes tipos de jogos estão sendo bem inseridos na área da saúde contribuindo na terapêutica de diversas patologias ou nos tratamentos das mais variadas doenças (DIAS et al., 2016).

Em ambos estudos de GRAAFLAND (2015), foi possível constatar que os jogos possuem potenciais incríveis para o treinamento nas áreas cirúrgicas proporcionando aos residentes de cirurgia geral melhoria nas suas habilidades e conhecimento específicos sobre o ambiente cirúrgico. Em seu primeiro estudo, intitulado de *Appraisal of face and content validity of a serious game improving situational awareness in surgical training*, foi constatado que 48,9% dos participantes confirmam que o jogo sério pode ser útil para treinamento da laparoscopia, além da maioria dos participantes corrobora que o jogo permite aumentar a consciência sobre o mau funcionamento dos equipamentos. Tal experimento já vem sendo acrescentado a outras tecnologias como a realidade virtual proporcionando ainda maior treinamento para os profissionais da área da saúde, especialmente na área cirúrgica (MACHADO et al., 2011).

Segundo o autor supracitado, 53,3% dos participantes da pesquisa, concordaram em que há possibilidade de incremento dentro do ensino de cirurgia regular. A inclusão da tecnologia como ferramenta de ensino permite que tenha maior autonomia no processo da aprendizagem, além de funcionar como ensino e maior participação dos instrutores na supervisão dos profissionais (DEL CURA-GONZÁLEZ et al., 2016).

Além disso, o estudo de HAUBRUCK (2018) criou um aplicativo chamado de *Touch Surgery* para treinar inserção de tubo torácica. Os jogadores foram divididos em dois grupos: controle receberam palestras e treinamento em cirurgia do toque e o grupo de intervenção fez uso do aplicativo móvel. O grupo controle obteve economia significativamente melhorada de tempo e movimento ($p = 0,004$) e precisou de menos ajuda ($p < 0,001$), além de maior confiança no manuseio dos instrumentos ($p < 0,001$) do que o outro grupo (controle) melhorando a autonomia dos profissionais (HAUBRUCK et al., 2018).

Estes tipos de jogos podem ser utilizados em conjunto com o ensino tradicional proporcionando novos meios de aprendizagem potencializando suas habilidades realizando em um ambiente virtual e seguro para que não haja consequências negativas na prática profissional (HERPICH et al., 2013).

Os jogos sérios desempenham papel importante na formação dos profissionais, principalmente na prática clínica como mostra o estudo de JANSSEN et al., (2016) em que o jogo intitulado de *Challenge cup Câncer*, a maioria dos participantes se sentiram

impactados com a experiência e que ajudou os profissionais a aplicar os casos na sua prática profissional. DANKBAAR et al., (2017) apresentaram que ficou evidente de que os jogos ajudaram a melhorar as habilidades nas ações de emergência, principalmente nos itens de avaliações iniciais, tratamentos e pedidos de diagnósticos adicionais. MOHAN et al., (2017) compararam o jogo de vídeo com um programa educacional tradicional em que, mesmo que o público jovem tenha maior aderência ao uso de jogos, sugerem que os jogos de vídeo têm potencial para modificar o comportamento do profissional médico, principalmente nos erros de diagnósticos e nas triagens.

O game EMERGE, criado com o objetivo de melhorar o raciocínio clínico a respeito do médico cirúrgico, contempla um jogo sofisticado com participação de 140 estudantes de medicina, do 5º ao 12º semestre, em que são dados os seguintes casos clínicos: pneumotórax, diverticulite sigmoide, isquemia mesentérica (fácil) e isquemia mesentérica (difícil) para testar o raciocínio clínico dos mesmos. As ideias conclusivas do estudo contemplam que os alunos tiveram ganho de conhecimento, principalmente os de semestres menores (CHON et al., 2019).

Além disso, algumas doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) que representam problemas de saúde pública de grande magnitude em âmbito nacional como a diabetes mellitus estão sendo objetos de estudos através dos games (COSTA et al., 2017). No estudo de DIEHL et al., (2015) foi utilizado um game "*InsuOnLine*" com o objetivo de aperfeiçoar a prática profissional sobre a insulina e o diabetes. Os resultados foram promissores em que a maioria dos participantes alegaram que seus conhecimentos a respeito da temática aumentaram e aprenderam mais do que através de palestra. Além disso, uma das participantes alegou a seguinte afirmação: "Eu desejo que cada doença tenha um jogo como esse para ajudar nosso estudo!".

Devido a seu grande potencial de ensino-aprendizagem, os *serious games* estão sendo inseridos para aperfeiçoamento e formação dos profissionais em saúde principalmente na prática clínica devido às características próprias destes tipos de games. Eles garantem segurança ao aluno evitando a possibilidade de erros e o próprio aperfeiçoamento profissional. Este tipo de jogo pode ser direcionado para diversas vivências, inclusive visando a prática profissional aperfeiçoando os acadêmicos da área da saúde ou profissionais reduzindo prescrições incorretas e melhorando seu conhecimento sobre as diversas patologias para melhor atender os indivíduos (SANTOS et al., 2017).

Os autores PETTIT et al., (2015) e Tran et al., (2016) afirmaram que os jogos também podem ser utilizados nas Universidades para auxiliar na aprendizagem dos alunos. O *The Genomic Medicine Game (GMG)*, estudo de Tran et al., evidenciou que este *game* pode ser utilizado como uma ferramenta educacional para estudantes e profissionais da saúde nos assuntos sobre genomas. O estudo de Pettit et al. com os estudantes, teve resultados positivos quanto ao uso dos jogos na graduação, no qual 82% dos participantes concordaram fortemente que ganharam interesse em microbiologia; 80% adquiriram algum tipo de conhecimento jogando com amigos mais experientes e 18 alunos reviram o jogo enquanto estudavam para melhorar o entendimento sobre o conteúdo.

A gamificação na enfermagem também se faz presente nos estudos. O artigo "Uso de gamificação para o ensino de informática em enfermagem" utiliza um Ambiente virtual de aprendizagem (AVA) em que foram entregues a estudantes e professores diversas atividades dentre elas resolução de atividades através de jogos, tais como *plugin quizventure* e palavras cruzadas e de força. Ao fim do experimento a satisfação dos estudantes e docentes foi bem recebida demonstrando que a utilização de um AVA para ensino da informática em enfermagem possui enorme potencial de ensino-aprendizagem (CASTRO; GONÇALVES, 2018)

Desta forma, alunos que se encontram motivados dispõem de maior chance de aprendizagem, porém muitas das didáticas instituídas nas Universidades acabam por serem desmotivadoras e repetitivas para os estudantes. Uma das formas de manter o aluno motivado e concentrado nas atividades é através do uso de games, e, por este motivo não se deve encarar os jogos como inimigos, mas como aliados, pois cumprem os anseios de uma geração tecnológica envolvendo os acadêmicos no aprendizado real (PRENSKY, 2003).

Por fim, três estudos analisaram a empatia dos futuros profissionais. Os estudantes foram alocados em jogos em que pudessem praticar atividades altruísticas, humanísticas e empáticas com os indivíduos a fim de capacitar ainda mais os jovens, priorizando a formação de profissionais com ênfase na humanização e a fim de compreenderem as particularidades dos indivíduos.

Os autores SMITH et al (2016), criaram um jogo de simulação para seus estudantes baseado na vida laboral. Os alunos deveriam sobreviver com o total de 1.000 dólares para suprir todas as suas necessidades. O jogo finalizava quando o jogador conseguisse adequar sua renda aos seus objetivos mensais, ou quando o dinheiro fosse insuficiente para atender suas necessidades durante aquele mês. O *feedback* dos jogadores foi positivo, o descritor mais utilizado pelos participantes foi: “a abertura dos olhos” e que esta experiência foi importante para sua formação.

CHEN et al., (2015) elaboraram um game chamado *de Geriatric Medication Game* em que os jogadores deveriam simular um personagem idoso e realizar todas as suas atividades cotidianas como ir ao médico e suas medicações. Segundo o estudo 75% dos participantes não completaram o desafio devido a irritação, frustração e impaciência, porque não conseguiam realizar atividades simples e, principalmente, quanto ao tempo de atendimento nos locais de saúde. Ao fim deste estudo foi constatado que eles planejavam prestar assistência aos adultos mais velhos em sua prática futura, além da incorporação da GMG no curso, que trouxe benefícios como a melhoria na empatia do estudante pelo idoso.

O último artigo analisado da lista dos jogos do meio digital, contempla o estudo dos autores CRUTCHFIELD et al., (2017) em que elaboraram um estudo com acadêmicos do curso de odontologia utilizando-se do *game, Ultimatum Game*, que pretendia analisar o altruísmo dos acadêmicos. Foi analisado que os estudantes eram mais altruístas quando estavam em períodos mais avançados da graduação. Além disso, em relação a classe social, os discentes foram mais altruístas com pessoas que tinham condições financeiras menores. Os pesquisadores ressaltaram que não se deve nutrir apenas este comportamento altruístas às pessoas de baixas condições sociais, mas também utilizá-los para melhorar os resultados no tratamento de doentes de todas as faixas econômicas.

A partir desta pesquisa, evidenciou-se que a empatia se faz necessária no processo de formação dos profissionais na área da saúde, pois se estabelece como uma habilidade de se colocar no lugar das pessoas e com isso compreender suas individualidades e respeitar seus limites. Os profissionais precisam ser cada vez mais empáticos, pois o conhecimento científico sem o seu valor humanista na sua aplicação prática não é suficiente a ponto de compreender a particularidade do próximo. Estudos indicam de que equipes de enfermagem que não conseguem ser empáticos têm a sua avaliação em relação aos níveis de cuidados reduzidos. Por este motivo, a utilização de jogos como ferramenta para auxílio, nestes aspectos são relevantes, pois possibilita ao indivíduo experienciar situações mesmo que fictícias, que o permita conhecer o quão importante e necessário é se colocar no lugar do próximo (TEREZAM; REIS-QUEIROZ; HOGA, 2017).

Meio Físico

Dentre os artigos investigados, 3 pontuavam sobre o uso de carta, 2 sobre a utilização de tabuleiro e 1 papel A4, sendo utilizados como meios de jogos para auxiliar na formação de profissionais em saúde.

Com o decorrer dos anos, surgiram novas formas de ensino em que buscavam tornar o processo ensino-aprendizagem cada vez menos cansativo e mais prazeroso. Diante disso, novas metodologias de ensino surgiram e com elas novas formas de ensino visando a interação entre alunos e professores com a finalidade de melhor aprendizagem do discente. Com as novas metodologias, alguns jogos que antes eram apenas voltadas para a diversão assumiram novos papéis na sociedade e hoje elas podem ser utilizadas como métodos pedagógicos atrelando o meio físico ao lúdico auxiliando na formação de novos profissionais (COVOS et al., 2018).

Desta forma, estas novas formas de aprendizagem estão sendo inseridas dentro das instituições de ensino superior como é o caso do jogo para ensino da medida auscultatória de pressão arterial que tem como público os acadêmicos de enfermagem. Este game, trata-se da revalidação do jogo o que obteve resultados satisfatórios em que a satisfação dos acadêmicos enquanto seu conhecimento sobre a pressão arterial era de 0% chegando a 13,3% no pós teste, e após a aplicabilidade da metodologia saltou para 96,7% no pós teste. Segundo os estudantes, o game aumentou seu interesse em aprender e trouxe segurança no momento da ausculta. (BELLAN et al., 2017).

O autor GUTIERREZ (2014) trouxe a proposta de trabalhar, também, com o uso de cartas na graduação tentando ajudar os discentes em melhorar seus conhecimentos sobre tópicos de biologia. Os alunos foram divididos em grupo controle e experimental e avaliados enquanto ao ensino tradicional (controle) e o ensino através das cartas (experimental). Os resultados foram promissores em que o grupo) teve ganho de 12,675 em comparação ao grupo controle que tiveram apenas 9,225 pontos. O resultado da pesquisa evidencia que o uso de cartaz consegue ser mais eficaz no ensino do que os métodos tradicionais

Além do uso de cartas para aprendizagem durante a graduação, eles podem ser utilizados para melhoria da prática clínica. Estudantes de enfermagem utilizaram o The Pico Game para melhorar os estudos na prática baseada em evidências. A unanimidade dos resultados foi que ajudou a melhorar a pesquisa das evidências clínicas com objetivo de informar na prática (MILNER; COSME, 2017).

O uso de folhas A4 para auxiliar na criação dos jogos também foi promissor. Este *game* serviu para que os estudantes aprendam ou aperfeiçoem seus estudos sobre os potenciais de ação. Os alunos foram divididos em dois grupos: o grupo controle e o grupo jogo. O primeiro grupo fez uso de palestras e estudos em casa, enquanto o segundo grupo (jogos) fez uso de estudos em casa e o game. Posteriormente, os acadêmicos de ambos os grupos tiveram que responder as atividades uns dos outros o que resultou em que os alunos do grupo jogo obtiveram maior pontuação (p 0,05). Além disso, dos 127 participantes, cerca de 99,21% (126) responderam que a pergunta para avaliar a percepção do jogo dos estudantes, “o jogo ajudou a aprender”; o jogo clarificou o conteúdo e os ajudou a compreendermos (n 31); ajudou a visualizar o conteúdo resumo (n 29); Era um método de aprendizagem divertido e dinâmico (n 19); e ajudou a ligar os tópicos (n 13). Apenas um estudante alegou que o jogo não o ajudou, porque ele (a) preferia lâminas em movimento e alguns estudantes não explicaram sua resposta (LUCHI; MONTREZOR; MARCONDES, 2017).

Por fim, o uso de jogos de tabuleiros também serviu como objetivo de pesquisa para o aperfeiçoamento dos discentes. O jogo denominado de *ClueConnect* busca aumentar a compreensão das terminologias núcleo relacionado com os sistemas tegumentar,

esquelético, muscular e nervoso. Os resultados foram proveitosos, pois ocorreu melhoria no seu conhecimento imediato e recuperação dos termos já aprendidos. Os resultados dos pós testes tiveram um aumento de 3,80 em comparação aos pré-testes e uma média de 4,41 pontos na unidade de sistema esquelético e 5,10 pontos a mais na unidade de sistema muscular. Sendo assim, o game ajudou os alunos a reter melhor as informações e auxiliar nos estudos para os exames. Alguns relatam que mesmo assim não o utilizariam por ser simplista em comparação ao nível das provas e outros alegam que ajudou a perceber o que precisava ser estudado novamente (BURLESON; OLIMPO, 2016).

Os discentes do curso de medicina veterinária fizeram uso de jogos de tabuleiros para aperfeiçoamento em relação ao diagnóstico por imagem para pequenos animais. O estudo *“Board game improves the learning process in small-animal diagnostic imaging”* contou com 24 participantes da graduação de medicina veterinária e consistia na utilização de um tabuleiro em que o design era no formato de cobra. Os jogadores deveriam responder perguntas através de cartas que foram elaboradas por estudantes, estagiários e mestrandos de veterinária com supervisão de um professor, sendo estas perguntas abertas e fechadas, nas “abertas” os jogadores avançam 2 passos e nas fechadas 1 passo. O jogo demonstrou boa receptividade melhorando a preparação para os exames (PINHATTI et al., 2019).

Estas novas metodologias elas surgem com diversos propósitos, principalmente, a não se restringir a modelos de ensinamentos considerados ultrapassados proporcionando aos indivíduos novas formas de aprendizagem ultrapassando apenas a exposição oral. Com isso, a didática de utilizar cartas, tabuleiros e outros instrumentos proporciona aos discentes, novas experiências e que ajudam na melhor captação do ensino, além de auxiliar na concentração em sala de aula (OLISKOVICZ; PIVA, 2012).

Revisão de Literatura

Dois artigos do tipo revisão de literatura foram selecionados e continham como objetivo analisar a utilização de games nas mais diversas áreas.

O primeiro estudo pertencia aos autores ABURAHMA e MOHAMED (2014) que analisaram a utilização de jogos educacionais nos cursos de Farmácia. Diferentemente dos dados encontrados nos outros meios como digital e físico, esta revisão trouxe uma problemática diferente dos estudos anteriores. Faltam evidências científicas de que os jogos estimulem a aprendizagem na escola de Farmácia. Um dos principais pontos de impacto na avaliação foi que os jogos possuíam um alto tempo consumido e não são bem estruturados precisando ser melhor projetados para os usuários.

O segundo estudo intitulado por “Avaliação de jogos educativos para profissões da saúde: uma revisão sistemática de tendências e resultados” ressaltava que os jogos possuíam um enorme potencial no processo de ensino aprendizagem. Contudo, é preciso ressaltar que não foi possível definir se estes resultados tiveram impactos efetivos na prática, sendo evidente a necessidade da realização de mais pesquisas sobre a visão dos usuários em relação aos jogos assim como os resultados vinculados aos cuidados e quais são os resultados nos pacientes (ABDULMAJED; PARK; TEKIAN, 2015)

CONCLUSÃO

Através da análise deste artigo de revisão, é evidente que o uso de games para a formação de profissionais na área da saúde tem sido cada vez mais utilizado tornando-o em processo de crescimento. Contudo, a quantidade de pesquisas publicadas nesta temática ainda é restrita.

O uso de jogos na formação de profissionais de saúde apresentou pontos positivos, o que se faz necessário maiores estudos nesta área para que possam existir novas formas de metodologias de ensino-aprendizagem permitindo que os futuros profissionais detenham maior conhecimento científico e que a transferência de conteúdo não seja tão monótona e desgastante.

CONTRIBUIÇÕES E IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM

As metodologias ativas de ensino surgem no contexto de modificações no processo de ensino aprendizagem. Revisar se as metodologias ativas de ensino, particularmente os jogos, é de suma importância para abranger novas formas de transmissão do conhecimento para discentes, profissionais de saúde e docentes. Além disso, o estudo de revisão dos jogos, permite, também, questionar se é possível utilizar jogos no ensino da Enfermagem contemplando lacunas de assuntos complexos possibilitando transmitir o conhecimento com maior facilidade para os estudantes sendo assim auxiliando na sua formação profissional e buscando, cada vez mais, melhorar a assistência de enfermagem reduzindo danos aos pacientes.

REFERÊNCIAS

1. TAROCO, Ana Paula Rotelli Michelli; TSUJI, Hissachi; HIGA, Elza de Fátima Ribeiro. Currículo Orientado por Competência para a Compreensão da Integralidade. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 41, n. 1, p. 12–21, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022017000100012&lng=pt&tlng=pt
2. FABBRO, Márcia Regina Cangiani; SALIM, Natália Rejane; BUSSADORI, Jamile Claro de Castro; *et al.* ACTIVE TEACHING AND LEARNING STRATEGIES: PERCEPTIONS OF NURSING STUDENTS. **Reme Revista Mineira de Enfermagem**, v. 22, 2018. Disponível em: <http://www.gnresearch.org/doi/10.5935/1415-2762.20180067>
3. DEGUIRMENDJIAN, Samira Candalafat; MIRANDA, Fernanda Maria de; MASCARENHAS-ZEM, Silvia Helena. Serious Games desenvolvidos na Saúde: Revisão Integrativa da Literatura. **J. Health Inform**, v. 8, n. 3, p. 110–116, 2016. Disponível em: <http://www.jhi-sbis.saude.ws/ojs-jhi/index.php/jhi-sbis/article/view/410/267>
4. DIAS, Jéssica David; MEKARO, Marcelo Shinyu; CHENG LU, Jennifer Kaon; *et al.* Serious game development as a strategy for health promotion and tackling childhood obesity. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 24, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692016000100382&lng=en&tlng=en
5. JACKSON, Jennifer; IACOVIDES, Jo; DUNCAN, Myanna; *et al.* Operationalizing resilient healthcare concepts through a serious video game for clinicians. **Applied Ergonomics**, v. 87, p. 103112, 2020. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0003687020300739>
6. WONG, Rosa S; TUNG, Keith TS; WONG, Hiu Tung; *et al.* A Mobile Game (Safe City) Designed to Promote Children’s Safety Knowledge and Behaviors: Protocol for a Randomized Controlled Trial. **JMIR Research Protocols**, v. 9, n. 6, p. e17756, 2020. Disponível em: <http://www.researchprotocols.org/2020/6/e17756/>

7. QIAN, Meihua; CLARK, Karen R. Game-based Learning and 21st century skills: A review of recent research. **Computers in Human Behavior**, v. 63, p. 50–58, 2016. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0747563216303491?via%3Dihub>
8. MOHER, David; LIBERATI, Alessandro; TETZLAFF, Jennifer; *et al.* Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. **PLoS Medicine**, v. 6, n. 7, p. 6, 2009. Disponível em: <https://dx.plos.org/10.1371/journal.pmed.1000097>
9. SAVI, Rafael; UBROCHT, Vania Ribas. Jogos digitais educacionais: benefícios e desafios. **Revista Novas Tecnologias na Educação**, v. 6, f. 2, p. 10, 2008. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/index.php/renote/article/view/14405/8310>
10. GRAAFLAND, Maurits; TEN CATE, Olle; VAN SEVENTER, Jan-Pieter; *et al.* Mapping the Demand for Serious Games in Postgraduate Medical Education Using the Entrustable Professional Activities Framework. **Games for Health Journal**, v. 4, n. 5, p. 381–386, 2015. Disponível em: <http://www.liebertpub.com/doi/10.1089/g4h.2014.0129>
11. MACHADO, Liliane dos Santos; MORAES, Ronei Marcos de; NUNES, Fatima de Lourdes dos Santos; *et al.* Serious games baseados em realidade virtual para educação médica / Serious games based on virtual reality in medical education. **Rev Bras Educ Med**, v. 35, n. 2, p. 254–262, 2011. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=Ink&exprSearch=594489&indexSearch=ID>
12. DEL CURA-GONZÁLEZ, Isabel; LÓPEZ-RODRÍGUEZ, Juan A.; SANZ-CUESTA, Teresa; *et al.* Effectiveness of a strategy that uses educational games to implement clinical practice guidelines among Spanish residents of family and community medicine (e-EDUCAGUIA project): a clinical trial by clusters. **Implementation Science**, v. 11, n. 1, p. 71, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1186/s13012-016-0425-3>
13. HAUBRUCK, Patrick; NICKEL, Felix; OBER, Julian; *et al.* Evaluation of App-Based Serious Gaming as a Training Method in Teaching Chest Tube Insertion to Medical Students: Randomized Controlled Trial. *Journal of Medical Internet Research*, v. 20, n. 5, p. e195, 2018. Disponível em: <http://www.jmir.org/2018/5/e195/>
14. HERPICH, Fabrício; NUNES, Felipe Becker; JARDIM, Rafaela Ribeiro; VOSS, Gleizer Bierhalz; DA SILVA, Ricardo Frohlich; MEDINA, Roseclea Duarte. Jogos Sérios na Educação: Uma Abordagem para Ensino-Aprendizagem de Redes de Computadores (Fase I). **Nuevas Ideas En Informática Educativa TISE**, v. 9, p. 617-620, 2013. Disponível em: <http://www.tise.cl/volumen9/TISE2013/617-620.pdf>
15. JANSSEN, Anna; SHAW, Tim; BRADBURY, Lauren; *et al.* A mixed methods approach to developing and evaluating oncology trainee education around minimization of adverse events and improved patient quality and safety. **BMC Medical Education**, v. 16, n. 1, p. 91, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1186/s12909-016-0609-1>
16. DANKBAAR, Mary E.W.; ROOZEBOOM, Maartje Bakhuis; OPRINS, Esther A.P.B.; *et al.* Preparing Residents Effectively in Emergency Skills Training with a Serious Game.

Simulation in Healthcare, v. 12, n. 1, p. 9–16, 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5291282/pdf/sih-12-9.pdf>

17. MOHAN, Deepika; FARRIS, Coreen; FISCHHOFF, Baruch; *et al.* Efficacy of educational video game versus traditional educational apps at improving physician decision making in trauma triage: randomized controlled trial. **BMJ**, v. 359, p. j5416, 2017. Disponível em: <http://www.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmj.j5416>

18. CHON, Seung-Hun; TIMMERMANN, Ferdinand; DRATSCH, Thomas; *et al.* Serious Games in Surgical Medical Education: A Virtual Emergency Department as a Tool for Teaching Clinical Reasoning to Medical Students. **JMIR Serious Games**, v. 7, n. 1, p. e13028, 2019. Disponível em: <https://games.jmir.org/2019/1/e13028/>

19. COSTA, Amine Farias; FLOR, Luísa Sorio; CAMPOS, Mônica Rodrigues; *et al.* Carga do diabetes mellitus tipo 2 no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. 2, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017000205011&lng=pt&tlng=pt

20. DIEHL, Leandro Arthur; DE SOUZA, Rodrigo Martins; GORDAN, Pedro Alejandro; *et al.* User Assessment of “InsuOnLine,” a Game to Fight Clinical Inertia in Diabetes: A Pilot Study. **Games for Health Journal**, v. 4, n. 5, p. 335–343, 2015. Disponível em: <http://www.liebertpub.com/doi/10.1089/g4h.2014.0111>

21. SANTOS, Cristiano Alves; SOUZA-JUNIOR, Valtuir Duarte; LANZA, Flávio Ferreira; *et al.* Serious games in virtual environments for health teaching and learning. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 18, n. 5, p. 702, 2017. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/30852/71512>

22. PETTIT, Robin K.; MCCOY, Lise; KINNEY, Marjorie; *et al.* Student perceptions of gamified audience response system interactions in large group lectures and via lecture capture technology. **BMC Medical Education**, v. 15, n. 1, p. 92, 2015. Disponível em: <https://bmcmmededuc.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12909-015-0373-7>

23. TRAN, Elvis; DE ANDRÉS-GALIANA, Enrique J.; BENITEZ, Sonia; *et al.* The genomic medicine game. **Studies in Health Technology and Informatics**, v. 228, p. 750–754, 2017. Disponível em: <http://ebooks.iospress.nl/publication/44715>

24. CASTRO, Talita Candida; GONÇALVES, Luciana Schleder. The use of gamification to teach in the nursing field. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 71, n. 3, p. 1038–1045, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000301038&lng=en&tlng=en

25. PRENSKY, Marc. Digital game-based learning. **Computers in Entertainment**, vol. 1, n. 1, p. 21–24, 2003. Disponível em: <https://dl.acm.org/doi/10.1145/950566.950596>

26. SMITH, Carriann E. Richey; RYDER, Priscilla; BILODEAU, Ann; *et al.* Use of an online game to evaluate health professions students’ attitudes toward people in poverty. **American Journal of Pharmaceutical Education**, v. 80, n. 8, p. 8, 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5116791/pdf/ajpe808139.pdf>

27. CHEN, Aleda M.H.; KIERSMA, Mary E.; YEHLE, Karen S.; *et al.* Impact of the Geriatric Medication Game® on nursing students' empathy and attitudes toward older adults. **Nurse Education Today**, v. 35, n. 1, p. 38–43, 2015. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0260691714001890>
28. CRUTCHFIELD, Parker A.S.; JARVIS, Justin S.; OLSON, Terry L.; *et al.* Observed Altruism in Dental Students: An Experiment Using the Ultimatum Game. **Journal of Dental Education**, v. 81, n. 11, p. 1301–1308, 2017. Disponível em: <http://doi.wiley.com/10.21815/JDE.017.089>
29. TEREZAM, Raquel; REIS-QUEIROZ, Jessica; HOGA, Luiza Akiko Komura. The importance of empathy in health and nursing care. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 70, n. 3, p. 669–670, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672017000300669&lng=en&tlng=en
30. COVOS, Jacqueline Sardela; COVOS, José Fernando; RODRIGUES, Fernanda Ribeiro; *et al.* O Novo Perfil De Alunos No Ensino Superior, E a Utilização De Jogos Lúdicos Para Facilitação Do Ensino Aprendizagem. **Revista Saúde em Foco**, p. 62–74, 2018. Disponível em: http://portal.unisepe.com.br/unifia/wp-content/uploads/sites/10001/2018/06/007_O_NOVO_PERFIL_DE_ALUNOS_NO_ENSINO_SUPERIOR.pdf
31. BELLAN, Margarete Consorti; ALVES, Vanessa Cortez; NEVES, Mayza Luzia dos Santos; *et al.* Revalidation of game for teaching blood pressure auscultatory measurement: a pilot study. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 70, n. 6, p. 1159–1168, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672017000601159&lng=en&tlng=en
32. GUTIERREZ, Arnel F. Development and Effectiveness of an Educational Card Game as Supplementary Material in Understanding Selected Topics in Biology. **CBE—Life Sciences Education**, v. 13, n. 1, p. 76–82, 2014. Disponível em: <https://www.lifescied.org/doi/10.1187/cbe.13-05-0093>
33. MILNER, Kerry A.; COSME, Sheryl. The PICO Game: An Innovative Strategy for Teaching Step 1 in Evidence-Based Practice. **Worldviews on Evidence-Based Nursing**, v. 14, n. 6, p. 514–516, 2017. Disponível em: <http://doi.wiley.com/10.1111/wvn.12255>
34. LUCHI, Kelly Cristina Gavião; MONTREZOR, Luís Henrique; MARCONDES, Fernanda K. Effect of an educational game on university students' learning about action potentials. **Advances in Physiology Education**, v. 41, n. 2, p. 222–230, 2017. Disponível em: <https://www.physiology.org/doi/10.1152/advan.00146.2016>
35. BURLISON, Kathryn M.; OLIMPO, Jeffrey T. ClueConnect: a word array game to promote student comprehension of key terminology in an introductory anatomy and physiology course. **Advances in Physiology Education**, v. 40, n. 2, p. 223–228, 2016. Disponível em: <https://www.physiology.org/doi/10.1152/advan.00106.2015>
36. PINHATTI, Karina; AMARO DE LIMA, Marina; CIRIMBELLI, Carolina Fortes; *et al.* Board game improves the learning process in small-animal diagnostic imaging. **Advances**

in **Physiology Education**, v. 43, n. 1, p. 66–68, 2019. Disponível em: <https://www.physiology.org/doi/10.1152/advan.00034.2018>

37. OLISKOVICZ, Katiucia; PIVA, Carla Dal. As Estratégias Didáticas No Ensino Superior. **Revista de Educação**, v. 15, n. 19, p. 111–127, 2012. Disponível em: <http://www.pgsskroton.com.br/seer/index.php/educ/article/download/1710/1635&prev=search>

38. ABURAHMA, Mona Hassan; MOHAMED, Heba Moustafa. Educational games as a teaching tool in pharmacy curriculum. **American Journal of Pharmaceutical Education**, v. 79, n. 4, 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4469025/pdf/ajpe79459.pdf>

39. ABDULMAJED, Hind; PARK, Yoon Soo; TEKIAN, Ara. Assessment of educational games for health professions: A systematic review of trends and outcomes. **Medical Teacher**, v. 37, n. sup1, p. S27–S32, 2015. Disponível em: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/0142159X.2015.1006609>

Luzia Beatriz Rodrigues Bastos

Professora Doutora, Assistente na Universidade da Amazônia/ UNAMA
Belém, Pará

Diniz Antonio de Sena Bastos

Professor Doutor, Assistente na Universidade do Estado do Pará/ UEPA
Belém, Pará

Maria Alves Barbosa

Professora Doutora, Associado Nível 3, Universidade Federal de Goiás/ UFG
Goiânia, Goiás

RESUMO

A regulação é considerada a conexão entre os princípios da atenção à saúde e os usuários, sendo mencionada como estrutura potencializada do acesso. O trabalho do enfermeiro regulador no Sistema Único de Saúde (SUS), consiste em conhecer a demanda, disponibilizar de forma ordenada a oferta disponível, considerando o atendimento de acordo com o grau de complexidade exigido para cada caso. O estudo tem por objetivo, compreender como o enfermeiro atua na regulação do sistema de saúde municipal. Trata-se de estudo descritivo exploratório de natureza qualitativa, ocorrida no Departamento de Regulação de Belém/PA. O estudo foi realizado com onze enfermeiros, através da entrevista semiestruturada, no período de setembro a outubro/2017. Da entrevista emergiram duas categorias de análise: Dificuldades do enfermeiro regulador da saúde; e expectativas do enfermeiro em relação ao acesso do usuário. O enfermeiro tem contribuído na gestão do SUS, com práticas inovadoras e resolutivas. O estudo propõe fortalecer a inserção da enfermagem na regulação do SUS, no sentido de ocupar espaços no processo de organização e implementação da gestão.

Descritores: Enfermeiro; Regulação e fiscalização em saúde; Sistema Único de Saúde.

INTRODUÇÃO

A regulação da saúde é primordial nas unidades federativas, principalmente no que se refere à utilização dos serviços de saúde, pois existe um forte descompasso entre a oferta de serviços de saúde e a necessidade do usuário. A ela caberia, o estabelecimento de fluxos para o atendimento almejado não implicando apenas em otimização de gastos. Também implicaria em evitar a restrição do acesso da população à média e alta complexidade, consideradas grandes nós no sistema de saúde brasileiro (VILARINS, SHIMIZU, GUTIERREZ, 2012). As fragilidades nos setores de regulação existem e para que possam ser superadas no sentido de apontar estratégias, centradas no sujeito das ações de saúde e melhorar a qualidade de assistência no SUS, há necessidade de implantar sistemas de regulação voltados às necessidades do usuário, considerando o perfil de necessidade e capacidade instalada. Há destaque para práticas de regulação pouco

efetivas e dependentes de mecanismos não formais de ação, centrado em dois aspectos principais: na falta de vagas, sendo esta reconhecida como a grande barreira ao acesso; e na falta de recursos de especialidades mais complexas (ROSSO, et al, 2015).

No entanto, também há potencialidades para que a gestão do SUS seja efetiva, dentre elas, a qualificação da gestão, aprimoramento de mecanismos para o monitoramento e avaliação; necessidade de avaliação dos modelos alternativos de gestão envolvendo as parcerias públicas privadas e o estabelecimento de um plano de ação para melhorar a gestão dos recursos e sua eficiência (SOUZA, et al, 2018).

Experiências bem-sucedidas, tem ocorrido no país. A exemplo, em estudo intitulado “Resultado da implantação de um Núcleo Interno de Regulação de Leitos nos indicadores administrativos-assistenciais em um hospital de ensino”, que apontou a melhoria nos indicadores de saúde, cujos os resultados demonstraram a necessidade de continuidade das ações regulatórias, em especial em um sistema de saúde abrangente e complexo, como é o SUS (RODRIGUES, JULIANI, 2015).

Defende-se a regulação sustentada nos princípios do SUS, mas com instrumentos legais eficientes, conforme o estipulado no documento intitulado “Relatório de pesquisa: cenários e desafios do SUS desenhados pelos atores estratégicos”. No referido documento mais de 50% dos entrevistados propõem regular serviços ofertados pelo SUS, a partir do fortalecimento de mecanismos de avaliação de tecnologias em saúde (ATS), adoção de protocolos clínicos fundamentados na medicina baseada em evidências e utilização de instrumentos de gestão da clínica (SOUSA, et al, 2014).

Em outro estudo intitulado “Regulação médica do fluxo das urgências: análise do complexo regulador de Goiânia”, os autores demonstram que o processo de regulação se traduziu em uma forma de responsabilização na gestão dos serviços e na governança, ao prover o acesso regulado dos cidadãos acometidos por agravos urgentes às ações ambulatoriais e hospitalares de maior complexidade (BARBOSA, DVS; BARBOSA, NB; NAJBERG, 2014). A gestão da saúde pública requer habilidades e qualificação contínuas. Pode ser denominada como o conhecimento aplicado nas organizações de saúde, envolvendo a gerência de redes, esferas públicas, entre outras. Dessa forma, a sociedade necessita de planejamentos corretos para que ocorram as melhorias de serviço, de investimentos, de organização (MACEDO, CARVALHO, COUTINHO, 2014).

Para operacionalizar o trabalho da regulação da saúde em nível de complexos e centrais reguladoras, está presente a equipe de profissionais reguladores, que têm a responsabilidade de assegurar a autorização das solicitações de serviços de saúde daqueles que necessitam. O trabalho desses profissionais consiste em conhecer a demanda do serviço de saúde, para disponibilizar, de forma ordenada, a oferta disponível. Inseridos no processo regulatório, obedecem a hierarquização do atendimento de acordo com o grau de complexidade exigido pelo problema de saúde do usuário (PINTO, CARNEIRO, 2012).

Suas contribuições em ações cotidianas, incluem, análise e verificação de alternativas apresentadas em cada solicitação enviada pelo profissional da atenção primária à saúde (APS), e a decisão pela autorização ou não do procedimento, considerando a necessidade de prioridades.

A descrição de responsabilidades e competências dos profissionais que atuam na regulação de saúde é fundamental para a execução eficiente e efetiva de suas atividades. A definição de um modelo de atuação com atribuições definidas, tem potencial de qualificar e organizar a relação oferta e demanda de modo a facilitar a atuação dos gestores (PEITER, LANZONI, OLIVEIRA, 2016).

Nesse sentido, destaca-se o trabalho do **enfermeiro regulador** no SUS, que consiste em conhecer a demanda, disponibilizar de forma ordenada a oferta disponível,

considerando o atendimento de acordo com o grau de complexidade exigido para cada caso (GAWRYSZEWSKI, OLIVEIRA, GOMES, 2012).

As práticas de regulação de enfermagem contemplam as diversas faces das ações operacionais da atividade regulatória; São resultantes da relação entre poucos recursos disponíveis e a demanda altíssima, além do mal funcionamento das rotinas de trabalho definidas, acarretando iniciativas pessoais na resolução de problemas dos usuários (OLIVEIRA, ELIAS, 2012).

Nesse sentido, o estudo tem por objetivo, compreender como o enfermeiro atua na regulação do sistema de saúde municipal.

METODOLOGIA

Trata-se de estudo descritivo exploratório de natureza qualitativa, cujo lócus ocorreu no Departamento de Regulação da Secretaria Municipal de Saúde de Belém/PA, no período de setembro a outubro de 2017. A escolha pela capital, deve-se ao fato de Belém possuir uma população estimada em 1.485.732 habitantes e 2.191 estabelecimentos de saúde.

As estruturas de regulação em Belém são: (02) Centrais de regulação do acesso; atividades de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar; atende demanda referenciada, nas 24 horas, incluindo sábados, domingos e feriados. Possui 73 profissionais de regulação, destes 11 enfermeiros aceitaram em participar da pesquisa assinando o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

Fizeram parte dos critérios de inclusão, profissionais de regulação enfermeiros, componentes do quadro da secretaria municipal de saúde, efetivos e temporários, pertencentes à central de regulação, que consentiram na aplicação do instrumento de coleta de dados.

Foram realizadas entrevistas semiestruturadas, com duração em média de 15 minutos, nos espaços reservados do ambiente de trabalho. O instrumento continha questões relativas à experiência dos enfermeiros na regulação, desempenho das ações, dificuldades na regulação, necessidade regulatória e acesso dos usuários aos serviços do SUS. Todas as entrevistas foram gravadas, transcritas e categorizadas, segundo o método de Bardin (2011).

Não foram considerados, os profissionais de regulação que executavam suas tarefas externamente ao Departamento de Regulação, ou seja, em hospitais credenciados ao SUS. Estes profissionais, eram enfermeiros da central de internações, que faziam a busca ativa de leitos disponíveis nos hospitais credenciados ao SUS. Compuseram também a exclusão, profissionais da regulação do horário noturno, devido a inviabilidade no acesso, mesmo com a autorização expedida pelo secretário de saúde. As razões apontadas referiam-se às questões relativas às medidas de segurança e não exposição de funcionários.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

1ª CATEGORIA: DIFICULDADES DO ENFERMEIRO REGULADOR DA SAÚDE.

Há evidências quanto às limitações em desempenhar o trabalho na regulação, enfatizando alguns fatores: problemas nos fluxos de informações entre a atenção primária e a regulação; cadastros incorretamente preenchidos; aumento da demanda reprimida de procedimentos eletivos; e dificuldades no controle de leitos hospitalares disponibilizados ao SUS.

• **Problemas no fluxo de informações entre a atenção primária e a regulação**

Algumas citações demonstram as dificuldades enfrentadas por enfermeiros reguladores conforme falas a seguir:

“eu vejo uma carência muito grande na atenção básica de informação tanto da parte do médico, do enfermeiro e dos profissionais que trabalham nas unidades de saúde, que não tem informação, isso acaba fazendo com que a central negue ou devolva a solicitação para que sejam acrescentadas novas informações.” (ENF4)

“A questão da comunicação, do retorno imediato, nem que seja por telefone, por e-mail, a gente precisa de informações e precisamos sempre estar em comunicação com eles e eles conosco.” (ENF6)

A ausência de comunicação entre os serviços e/ou profissionais que compõem a atenção primária e a atenção especializada do município exercida nas centrais de regulação, é um aspecto que atua diretamente como inibidor do acesso e, conseqüentemente, aponta para a fragilidade na constituição da rede assistencial. Os profissionais dificilmente se reúnem e a comunicação, quando existe, acontece de forma incipiente (SOUSA, et al, 2014).

A integração entre atenção primária e especializada deve ser encarada como uma medida estratégica para enfrentar diversos desafios do setor de regulação, sobretudo por parte dos gestores e políticos. Os desafios indiretos (nível mais político do que técnico) podem ser enfrentados se a regulação apresentar consideráveis avanços nos desafios diretos (nível mais técnico do que político). Isso vai exigir do setor habilidades no planejamento e execução de um plano estratégico para subsidiar o nível político com maior precisão (CAVALCANTI, et al, 2018).

A implementação de uma lógica de planejamento integrado para conformar sistemas funcionais de saúde, dotados de mecanismos de comunicação e fluxos de inter-relacionamento, poderia contribuir para a garantia do acesso dos usuários às ações e serviços de diferentes níveis assistenciais necessários para a resolução de seus problemas de saúde, otimizando os recursos disponíveis (ROSA, et al, 2009).

• **Cadastros incorretamente preenchidos**

Os cadastros indevidamente preenchidos surgem em citações dos pesquisados:

“A única coisa que leva a central, a não atender paciente, são os cadastros mal feitos e isso acaba fazendo com que a central negue ou devolva a solicitação” (ENF2)

“...muito problemas assim das unidades solicitantes a questão de cadastros mal feitos porque a gente perde muito tempo quando o cadastro chega aqui conosco, quando está mal preenchido, falta de resultado de exames, e outros que eles não colocam” (ENF10)

Informações incompletas acerca da condição clínica do paciente referenciado, foram apontadas como o problema mais prejudicial na ação regulatória, uma vez que dificultam o processo de análise do encaminhamento, bem como impedem a identificação de condições que poderiam ser resolvidas no nível primário, além de desfavorecerem avaliação do potencial resolutivo da rede de atenção à saúde (SILVEIRA, et al, 2018).

Uma solicitação bem referenciada, necessita ter uma justificativa clara para que seja atendida e, além disso, deve seguir um protocolo clínico que justifique a sua importância. Faz-se necessário melhor organizar o fluxo assistencial, assegurando assistência aos usuários em todos os níveis da rede de atenção à saúde, de modo a impactar nos indicadores de saúde mais sofríveis de cada território (PINTO, CARNEIRO, 2012).

• **Aumento da demanda reprimida de procedimentos eletivos**

O aumento da demanda (reprimida), em especial a de cirurgias eletivas, é evidenciada nas citações:

“A gente está com uma demanda eletiva muito grande, e não tem leitos para todos. Por ter uma demanda muito alta, a gente precisa triar, muitas vezes, não é justo” (ENF3)

“A gente tem que saber quais são as prioridades, então essa verificação não é feita somente a olho nu, a gente liga para as unidades para verificar a verdadeira condição clínica do paciente, para fazer uma melhor triagem” (ENF9)

O procedimento eletivo é todo aquele atendimento prestado ao usuário em ambiente cirúrgico, com diagnóstico estabelecido e indicação de realização de cirurgia a ser realizada em estabelecimento de saúde ambulatorial e hospitalar com possibilidade de agendamento prévio, sem caráter de urgência ou emergência, devendo ser realizadas no prazo máximo de 180 dias (BRASIL, 2015).

Estudo revela que a demanda reprimida por cirurgia eletiva no país, é causada principalmente pela defasagem na tabela de valores de procedimentos do SUS, que não cobrem os reais valores do atendimento. Dentre os procedimentos eletivos com maior número de demanda estão as cirurgias de cataratas, hérnias, vesícula, varizes e amígdalas, que concentram quase metade dos pedidos da fila de espera (NASCIMENTO, 2009).

O sacrificante tempo de espera de cirurgias eletivas, constitui-se em problema de gestão em seus diferentes níveis de complexidade, tanto pela incapacidade em suprir a demanda como pela deficiente integração das redes de assistência (GIAMBERARDINO FILHO (2017).

Estudos revelam que vários aspectos reforçam que as centrais de regulação, pouco contribuem para impactar no acesso de usuários aos procedimentos de média complexidade de responsabilidade municipal, atribuindo a esse descaminho, a atuação centralizadora da gestão estadual que dificulta muitas vezes, a autonomia municipal (ALBUQUERQUE, et al, 2013).

É importante observar, que ora o processo regulatório deve ser mantido para garantir o atendimento, ora deve ser erradicado por atrapalhar os fluxos e burocratizar o sistema de saúde. A decisão precisará ser tomada e assumida para garantir o acesso do usuário aos serviços de saúde.

• **Controle de Leitos hospitalares disponibilizados ao SUS**

A dificuldade de controlar e viabilizar a quantidade de leitos disponibilizados aos pacientes do SUS, são demonstradas nas narrativas:

“A regulação nada mais é do que uma triagem, triagem de leitos, a regulação é fundamental para que a gente consiga tirar um paciente que tá precisando do leito e vá para o leito certo” (ENF4)

“A gente faz supervisão no hospital, vai leito por leito para saber qual está disponível, qual está ocupado, qual tem previsão de alta. E assim a carência de leito, querendo ou não, é absurda” (ENF11)

Em Belém, há profissionais de enfermagem que se revezam entre a central de internação e a supervisão nos hospitais na busca de leitos. Os hospitais públicos de maior complexidade na maioria das vezes, estão com seus leitos ocupados e os hospitais privados credenciados ao SUS, precisam administrar seus leitos entre planos, convênios e particulares.

Algumas falas relatam que o quantitativo de leitos existente em Belém, daria para suprir a necessidade de seus municípios, no entanto, a pactuação permite que habitantes de outros municípios se desloquem a Belém para dar continuidade às suas demandas de saúde. A situação se agrava quando há diferenças na resolutividade ofertada, pois hospitais de pequeno porte que são em grande número, dificilmente conseguem dar cobertura a procedimentos de maior complexidade.

2ª CATEGORIA: EXPECTATIVAS DO ENFERMEIRO EM RELAÇÃO AO ACESSO DO USUÁRIO

As possibilidades mais presentes nas falas dos entrevistados se referem ao fortalecimento da atenção primária; reorganização dos procedimentos internos de regulação; e ampliação da capacidade de conhecer a realidade do usuário do SUS.

• Fortalecimento da Atenção Primária

A melhoria na atenção primária, recebe destaque de grande parte dos pesquisados, com colocações voltadas à falta de especialistas na rede de atenção primária, muitas vezes faltando as clínicas básicas de ginecologia e pediatria, e baixa resolutividade, que repercutem em encaminhamentos considerados desnecessários à regulação, e a responsabilidade e compromisso em atender os usuários no sentido de dar resposta mais fidedigna aos seus problemas de saúde.

“A atenção básica tem o papel de atender o paciente, de estar mais perto, de ser mais responsável por ele. “Eu acho que se você melhorar na atenção básica, o paciente não vai chegar na especializada.” (ENF2)

“Para melhorar o trabalho deveriam melhorar a ponta. A resolutividade tem que ser na unidade básica de saúde. Ela precisa funcionar de maneira exemplar, porque tudo começa na atenção básica” (ENF7)

Estudos afirmam que a demora no agendamento, a baixa oferta de consultas especializadas e exames complementares nos serviços de referência, bem como a distância entre a localização desses serviços e a moradia dos usuários são alguns dos aspectos que restringem o acesso dessa população à rede de serviços de saúde (SOUSA, et al, 2014)

O uso de critérios para priorização do acesso, mesmo nos casos que exigem atendimento imediato, constitui prática alternativa dos reguladores, ou seja, a prática possível diante do cenário de insuficiências diversificadas, que gera nas equipes técnicas das centrais uma angústia diária, ao ser responsável pelas escolhas dos acolhidos pelos poucos recursos (GAWRYSZEWSKI, OLIVEIRA, GOMES, 2012).

A atenção básica em saúde constitui uma grande possibilidade de apresentar respostas efetivas, pelo menos, para 80% dos problemas mais comuns de saúde da população. Autores apresentam estudos sobre o Programa Nacional para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), proposto pelo governo federal em 2011. O PMAQ-AB, tem o objetivo de incentivar a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da AB, com garantia de um padrão de qualidade, de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações de governo direcionadas a este nível de atenção (RIZZOTO, et al, 2014).

Vislumbra-se no PMAQ-AB, a qualificação na direção de melhoria dos resultados das ações ofertadas na atenção primária à saúde. Apesar de enfrentar limitações e dificuldades, especialmente de gestores e trabalhadores, que conferem ao Programa um caráter meramente punitivo e de compensação financeira, reforçando seu caráter desarticulado do cenário real de práticas na atenção primária.

• **Reestruturação e reorganização dos procedimentos internos de regulação**

As citações dos pesquisados expressam a necessidade de reorganização da regulação:

“Tu não podes fazer nada fora sem ser organizado, vejo a regulação como o coração de toda uma gestão. Com a regulação, a gente tem como controlar os leitos disponibilizados, o atendimento ao usuário, por isso é de fundamental importância na organização do serviço” (ENF1)

“É necessário garantir a estruturação da regulação, para possibilitar o recebimento das demandas, tanto da capital quanto do interior, é descentralizar o acesso para agendamento de Belém e dos municípios pactuados para consultas e exames” (ENF8)

O sucesso das centrais de regulação, que tem a pretensão de serem protagonistas no processo, depende de uma construção coletiva, e seus pontos de fortalecimento consistem no estabelecimento de parcerias com os prestadores, a fim de assegurar um melhor acesso e o gerenciamento da rede de atenção (GOLDWASSER, et al., 2018).

A ausência de regulação e de fluxos formais na atenção à saúde, constitui importante entrave à garantia de cuidado integral, tornando incompleto o processo de integração da rede. A insuficiência na oferta de atenção especializada, agravada pela pouca integração entre prestadores estaduais e municipais, também se reflete nas dificuldades para agendamento de procedimentos especializados (ALMEIDA, et al., 2010).

Em estudo realizado em Diadema/SP, intitulado “De frente com os médicos: uma estratégia comunicativa de gestão para qualificar a regulação do acesso ambulatorial”, os médicos pontuam sua percepção, enquanto reguladores, percebem a Central de Regulação Ambulatorial, como,

importante observatório da rede de atenção à saúde, capaz de produzir informações para subsidiar a tomada de decisão na gestão, como a necessidade de novas contratações, os processos educacionais em saúde necessários para a capacitação/atualização da rede assistencial, as necessidades e agravos da saúde da população para análises epidemiológicas, ou ainda, como fonte de feedback para a avaliação do trabalho do próprio profissional e da UBS (ALBIERI, CECÍLIO, 2015, p. 191).

Há necessidade de reestruturação dos procedimentos de regulação para garantir acesso e equidade, e tornar a rede de saúde resolutive e humanizada, constituindo-se como potência da estratégia em consolidar-se como observatório do sistema, e, deste modo, ser um fomentador da avaliação para a tomada de decisão (FERREIRA, et al, 2010).

• **Ampliação da capacidade de conhecer a realidade do usuário que utiliza o SUS.**

A necessidade de conhecer a realidade do usuário que utiliza o SUS, encontra-se expressa nas falas:

“A regulação tem que conhecer toda a rede de extensão da saúde e a partir disso, vê de que forma vai oferecer esses serviços, aos usuários a partir da demanda da atenção primária.” (ENF5)

“A gente precisa ter esse conhecimento das ferramentas, os sistemas que vão sendo trabalhados. O principal de tudo é dominar o conhecimento, porque eu acredito, que quando você detém o conhecimento você domina a situação e pode atender melhor o usuário” (ENF10)

Os principais instrumentos da regulação pública são financiamento, a definição de rede prestadora, os contratos e os cadastros de unidades prestadoras, a programação assistencial, as autorizações de internações hospitalares (AIH) e autorizações de

procedimentos de alta complexidade (APAC), as bases de dados nacionais, as centrais de regulação informatizadas, monitoramento das ações de atenção à saúde, avaliação, dentre outros (SANTOS, MERHY, 2006).

Esses instrumentos são importantes e se constituem desafios na implementação da regulação pública, que de forma séria e comprometida com os direitos sociais poderão garantir a reestruturação e reorganização dos procedimentos de regulação e ampliação da capacidade de conhecer a realidade do usuário que utiliza o SUS.

Reforça-se a necessidade de ampliar os mecanismos regulatórios em razão do SUS dispor de recursos limitados, sendo necessários critérios para priorização do acesso do usuário, em relação à oferta de ações e serviços de saúde em proporção às diferentes necessidades (ALBUQUERQUE, et al., 2013).

CONCLUSÃO

Ressalta-se que é necessário manter a defesa da regulação, no processo organizacional da saúde, pois seu foco de convergência é o acesso qualificado do usuário que busca os serviços de saúde no SUS e obtém resposta satisfatória para suas necessidades de saúde.

É importante destacar que entraves na operacionalização e funcionalidade interferem na atuação do profissional enfermeiro na regulação da saúde, no entanto, o enfermeiro tem contribuído na gestão do SUS, com práticas inovadoras e resolutivas.

CONTRIBUIÇÕES PARA ENFERMAGEM

Fortalecer a inserção da enfermagem na regulação do SUS, no sentido de ocupar espaços no processo de organização e implementação da gestão.

REFERÊNCIAS

ALBIERI, F.A.O.; CECILIO, L.C.O. De frente com os médicos: uma estratégia comunicativa de gestão para qualificar a regulação do acesso ambulatorial. **Saúde em Debate**, v. 39, p. 184-195, 2015.

ALBUQUERQUE, M.S.V., et al. Regulação Assistencial no Recife: possibilidades e limites na promoção do acesso. **Saúde e Sociedade**, v. 22, n. 1, p. 223-236, 2013.

ALMEIDA, P.F., et al. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, n. 2, p. 286-298, 2010.

ALMEIDA, P.F., et al. Estratégias de integração entre atenção primária à saúde e atenção especializada: paralelos entre Brasil e Espanha. **Saúde em debate**, v. 37, p. 400-415, 2013.

BARBOSA, D.V.S., BARBOSA, N.B., NAJBERG, Estela. Regulação médica do fluxo das urgências: análise do complexo regulador de Goiânia. **INTERFACE**, v. 11, n. 1, 2014.

BARDIN L. Análise de Conteúdo. Trad. Pinheiro, LARA. São Paulo: Edições 70; 2011.

BRASIL, 2010. Brasil, I. B. G. E. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS Nº 1034, de 22 de julho de 2015. Redefine a estratégia para ampliação do acesso aos Procedimentos Cirúrgicos Eletivos de Média Complexidade, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) para o exercício de 2015. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2015.

CAVALCANTI, R.P., et al. Desafios da Regulação Assistencial na Organização do Sistema Único de Saúde. **Rev Bras Cien Saude**, v. 22, n. 2, p. 181-8, 2018.

FERREIRA, J.B.B., et al. O complexo regulador da assistência à saúde na perspectiva de seus sujeitos operadores. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 14, p. 345-358, 2010.

GAWRYSZEWSKI, A.R.B.; OLIVEIRA, D.C.; GOMES, A.M.T. Acesso ao SUS: representações e práticas de profissionais desenvolvidas nas Centrais de Regulação. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 22, p. 119-140, 2012.

GIAMBERARDINO FILHO, D.D. O Sistema Único de Saúde e as filas de espera para cirurgias eletivas. **Arquivos do CRM-PR**, v. 34, n. 135, 2017.

GOLDWASSER, R.S., et al. Planejamento e compreensão da rede de terapia intensiva no Estado do Rio de Janeiro: um problema social complexo. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 30, n. 3, 2018.

MACEDO, L.J.J, CARVALHO, J.B, COUTINHO, H.R.M. O Gestor em saúde no setor público. Porto Alegre:UFRGS, 2014.

NASCIMENTO, A.A.M., et al. Regulação em saúde: aplicabilidade para concretização do Pacto de Gestão do SUS. **Cogitare Enfermagem**, v. 14, n. 2, 2009.

OLIVEIRA, R.R.; ELIAS, P.E.M. Conceitos de regulação em saúde no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 46, p. 571-576, 2012.

PEITER, C.C.; LANZONI, G.M.M.; OLIVEIRA, W.F. Regulação em saúde: a atuação de enfermeiros. **Rev Rene**, v. 17, n. 6, p. 820-827, 2016.

PINTO, J.R.; CARNEIRO, M.G.D. Avaliação do agendamento online de consultas médicas especializadas através da central de regulação do SUS. **Saúde Coletiva**, v. 9, n. 58, p. 123-128, 2012.

RIZZOTTO, M.L.F., et al. Força de trabalho e gestão do trabalho em saúde: revelações da Avaliação Externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica no Paraná. **Saúde em Debate**, v. 38, p. 237-251, 2014.

RODRIGUES, L.C.R.; JULIANI, C.M.C.M. Resultado da implantação de um Núcleo Interno de Regulação de Leitos nos indicadores administrativo-assistenciais em um hospital de ensino. **Einstein (São Paulo)**, v. 13, n. 1, p. 96-102, 2015.

ROSSO, C.F.W, et al. Regulação em sistemas de saúde. Goiânia: Gráfica UFG, 2015.

ROSA, T.E.C., et al. Integralidade da atenção às doenças cardiovasculares e diabetes mellitus: o papel da regionalização do Sistema Único de Saúde no estado de São Paulo. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 12, n. 2, p. 158-171, 2009.

SANTOS, F.P.; MERHY, E.E. A regulação pública da saúde no Estado brasileiro: uma revisão. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 10, p. 25-41, 2006.

SOUSA, F.O.S., et al. Do normativo à realidade do Sistema Único de Saúde: revelando barreiras de acesso na rede de cuidados assistenciais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, p. 1283-1293, 2014.

SOUZA, R.R., et al. Relatório de pesquisa: Cenários e desafios do SUS desenhados pelos atores estratégicos. Brasília, 2018.

SILVEIRA, M.S.D., et al. Processo regulatório da Estratégia Saúde da Família para a assistência especializada. **Saúde em Debate**, v. 42, p. 63-72, 2018.

VILARINS, G.C.M.; SHIMIZU, H.E.; GUTIERREZ, M.M.U. A regulação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. **Saúde em Debate**, v. 36, n. 95, p. 640-647, 2012.

Wilma Resende Lima

Professora Doutora da Universidade Federal de Sergipe, Brasil

Denise Philomene Joseph Van Aanholt

Nutricionista e doutoranda do programa PPGE da Universidade de São Paulo-USP, Brasil

Barbara Bartuciotti Giusti

Psicóloga e doutoranda do programa INTERUNIDADES da Universidade de São Paulo- USP, Brasil

Luciana Mitsue Sakano Niwa

Enfermeira mestre e doutoranda do programa PPGE da Universidade de São Paulo-USP, Brasil

Suely Itsuco Ciosak

Professora Doutora da Escola de Enfermagem da USP, Brasil

RESUMO

O objetivo desse estudo foi avaliar e descrever os hábitos alimentares de idosos muito velhos. Metodologia: Trata-se de um estudo descritivo transversal, com idosos de 80 anos e mais, da cidade de Aracaju-SE. Como critérios de inclusão, os elegíveis deveriam comunicar-se e alimentar-se por via oral e de exclusão o escore do Mini mental inferior a 19 pontos. Resultados: dos 601 idosos, 524 foram elegíveis. 73,5% realizam refeições fracionadas entre quatro a cinco ao longo do dia, a maioria (72,3%) não apresenta dificuldade na mastigação, apenas 1,1% necessita de auxílio para se alimentar e 95,4% realiza higiene bucal. Conclusão: O consumo dos grupos alimentares entre os idosos muito velhos se encontra abaixo do recomendado para os diferentes grupos alimentares, principalmente a ingestão de água que está bem abaixo do que se preconiza na literatura. Contudo, esses idosos são longevos e estão bem.

Descritores: envelhecimento; idosos de 80 anos ou mais; nutrição; saúde pública; longevidade; gerontologia.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial e, segundo os dados do Censo 2010, a população brasileira com 60 anos ou mais de idade representavam 10,7% de toda a população. Estima-se que em 2025 serão 1,2 bilhões de idosos no planeta e as estatísticas sugerem que este valor aumente para 2 bilhões por volta do ano de 2050. De acordo com as projeções da Organização das Nações Unidas (ONU) em 2009, uma a cada nove pessoas no mundo tem 60 anos e mais e estima-se um crescimento de um para cada cinco em 2050. (Pereira, Schneider & Schwanke, 2009, ONU 2009, IBGE 2010)

É um fato que o grupo populacional que tem mais crescido e continuará crescendo rapidamente é aquele composto pelas pessoas de 80 anos e mais. Atualmente, aproximadamente uma de cada dez pessoas consideradas idosas no Brasil, pertence ao grupo de 80 anos e mais. Na metade deste século, aproximadamente uma em cada cinco irá pertencer ao grupo dos mais idosos. Em termos absolutos, estima-se que, entre 2000 e 2050, o número de idosos com 80 anos e mais passará de 1,2 para 10,2 milhões (Saad 2018)

Em países em desenvolvimento são considerados idosos aqueles indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos, sendo a faixa etária compreendida entre 60 e 69 anos: idosos jovens, entre 70 e 79 anos: idosos e, os com idade igual ou superior a 80 anos: idosos velhos ou velhice avançada. Autores nacionais adotam para idosos com 80 anos ou mais, octogenário, idoso velho, idoso mais velho, idoso muito velho e velhice avançada. (Néri, 2007; Giacomini, 2002 e Berquó 2004, Rosset et al, 2011). Para este estudo adotaremos a terminologia idosos muito velho.

O acelerado envelhecimento da população no mundo é uma temática relevante do ponto de vista científico e de políticas públicas, por contar com a revolução da longevidade e seus impactos na sociedade, na família e no indivíduo, por um envelhecimento saudável (Lehr, 1999, Moraes, Rodrigues, Gerhardt, 2008).

Considera-se envelhecimento ativo e saudável aquele no qual o indivíduo mantém um processo de desenvolvimento e manutenção de sua capacidade funcional de forma que permita manter o bem estar individual. Portanto não é definido por um limiar específico da saúde ou de seu funcionamento, sendo assim, cada idoso tem sua experiência de envelhecimento saudável que pode ser mais ou menos positiva a depender de problemas físicos, sociais e emocionais. (Relatório mundial de envelhecimento e saúde – OMS 2015)

Estudos do comportamento humano têm revelado que o conhecimento sobre as influências do estilo de vida na saúde está relacionado com as decisões e atitudes tomadas pelo indivíduo, incluindo comportamentos preventivos de saúde, boa nutrição e controle de peso dentre outros. Nahas et al (2003) acreditam que o primeiro passo para que haja mudança na manifestação do estilo de vida é a sensibilização de quais atitudes são saudáveis e que essas podem ser assumidas por todos.

Neste sentido, a nutrição adequada é fundamental para o estilo de vida saudável. Faz parte do envelhecimento normal mudanças fisiológicas, metabólicas, além da presença de alterações anatômicas e funcionais como perda do olfato, paladar e visão que podem influenciar de forma negativa a ingestão dos alimentos, além da diminuição na motilidade do sistema digestório que interferem nos aspectos nutricionais. (Monteiro, 2009)

Para entender se o hábito alimentar do idoso é saudável, considera-se as orientações descritas nos manuais do Ministério da Saúde, que usa como base a pirâmide alimentar de idosos bem como a roda dos alimentos para idosos. De forma simples informam a importância da atividade física além da ingestão de água, aumento no consumo de leite e derivados e redução de carnes como fonte proteica, principalmente cortes gordurosos. Importante manter um consumo diário nas refeições principais de vegetais e legumes, bem como ingestão de frutas para fornecimento de vitaminas e minerais. Os alimentos processados e excessos de gordura não devem ser rotineiros. (Saúde BH 2009, Brasil 2010^a, Brasil 2010b)

Considerando o progressivo crescimento da população idosa com mais de 80 anos no Brasil e entendendo que os aspectos nutricionais são fundamentais para a promoção do envelhecimento ativo e saudável em idosos muitos velhos, emergiu a proposta de conhecer e avaliar os hábitos nutricionais dos idosos muito velhos da cidade de Aracaju, localidade que mostra um crescimento importante desta população (IBGE, 2010).

Estes resultados permitirão a equipe de saúde implementar ações de orientações específicas para esta faixa etária, considerando seus limites e possibilidades, buscando um envelhecimento saudável.

OBJETIVO

Conhecer os hábitos alimentares de idosos muito velhos que vivem em Aracajú.

METODOLOGIA

Estudo exploratório, prospectivo, descritivo com abordagem quantitativa, por meio do qual buscou conhecer os hábitos alimentares e avaliar algumas condições que os afetam, de idosos muito velhos residentes em Aracajú, SE.

A escolha da cidade foi motivada por ser umas das capitais do nordeste brasileiro com crescimento acelerado do número de idosos muito velhos (IBGE, 2010).

Para a definição da população foram considerados os idosos cadastrados em 24 Unidades de Saúde da família USF, selecionados os idosos muito velhos através do cálculo de amostra estratificada proporcional, com nível de significância de 5% e erro de 4%.

Os critérios de inclusão foram: idosos cadastrados nas USF, com 80 anos e mais, de ambos os sexos e em condições de verbalização. Os selecionados deveriam atingir o mínimo de 19 pontos no Mini-Exame do Estado Mental (MEEM), instrumento comumente utilizado para rastrear perdas cognitivas (Laks et al. 2005, Machado 2007)

Para as entrevistas foram utilizados formulários estruturados com dados de condições nutricionais e de hábitos alimentares. Dentre as informações se avaliou o número de refeições ao dia, número de porções de alimentos dos diversos grupos alimentares e, também se considerou algumas condições importantes do envelhecimento como dificuldade de mastigação, autonomia para se alimentar e realizar higiene bucal.

Considerando a Resolução n 196/96 Conselho Nacional de Saúde (CNS) (BRASIL,1996) o projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (Parecer nº 74143) e pelos coordenadores da Rede de Atenção Básica Primária (REAP) e do Núcleo de Educação Permanente em Saúde, da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Aracaju-Sergipe.

Todos os participantes leram, concordaram e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

RESULTADOS

De acordo com o cálculo amostral a partir do número de idosos cadastrados nas USF das Regiões de Saúde do município de Aracaju,SE, no período de maio a novembro de 2012, foram incluídos no estudo 601 idosos muito velhos.

Após aplicação do MEEM, 77 idosos não alcançaram o escore mínimo de 19 pontos estabelecido neste estudo como ponto de corte, portanto a amostra final foi composta por 524 idosos muito velhos.

Buscando avaliar os hábitos e as condições nutricionais destes idosos, verificamos que cerca de 73,5%(385) realizam refeições fracionadas entre quatro a cinco, sendo que 15,5% (81) fracionam em seis ou mais, ao longo do dia, a maioria (72,3%) não apresenta dificuldade na mastigação, quase todos (98,9% - 518) tem autonomia para se alimentar e apenas 1,1% (6) necessita de auxílio. Foi informado também, que 95,4% (500) escovavam os dentes, pelo menos uma vez ao dia (Tabela 1)

Tabela 1 – Informações nutricionais segundo número de refeições por dia, dificuldade de mastigação, auto alimentação e higiene bucal dos Idosos muito velhos. Aracaju, SE. 2012.

Item	Categorias	N	%
Número de refeições por dia	1 a 3	58	11,0
	4 a 5	385	73,5
	6 ou mais	81	15,5
Dificuldade Mastigação	Não	379	72,3
	Sim	145	27,7
Se Alimenta Sozinho	Não	6	1,1
	Sim	518	98,9
Higiene Bucal	Não	24	4,6
	Sim	500	95,4

Para facilitar a análise dos dados alimentares, os tipos de alimentos foram agrupados de acordo com a função que exercem em nosso organismo, conforme pode ser observado na tabela 2.

Na especificação por tipo de alimento, analisamos que nas de fonte energética (cereais, tubérculos e raízes), mais de 60% dos idosos relataram consumir de uma a duas porções ao dia e apenas um idoso relatou consumir cinco a seis porções ao dia (Tabela 2).

Quanto ao consumo de alimentos fonte de vitaminas, sais minerais e fibras (verduras e legumes, frutas e hortaliças), se observa uma rejeição pequena do consumo de verduras, legumes e hortaliças, há um maior consumo de frutas na frequência de uma a duas porções ao dia (cerca 60%) e apenas 19 idosos (cerca de 5%) consumiam de cinco a seis frutas ao dia. Em relação ao consumo de verduras, legumes e hortaliças, cerca de 38% o fazem na frequência de uma a duas porções ao dia e cerca de 13% chegam a consumir cinco a seis porções ao dia, três vezes mais do que o consumo de frutas nesta mesma quantidade consumida. (Tabela 2).

Tabela 2 - Informações sobre a composição alimentar, segundo função no organismo e porções diárias consumidas dos Idosos muito velhos. Aracaju, SE. 2012.

Função Nutricional	Tipo de Alimento	No de porções	n	%
Energética	Cereais (arroz, milho, trigo, pães e massas)	Nenhum	11	2%
		1 a 2	376	72%
		3 a 4	136	26%
		5 a 6	1	0%
		Nenhum	36	7%
Reguladora Antioxidante	Tubérculos/Raízes (batata, mandioca e macaxera)	1 a 2	334	64%
		3 a 4	153	29%
		5 a 6	1	0%
		Nenhum	4	1%
		1 a 2	310	59%
Reguladora Antioxidante	Frutas	3 a 4	191	36%
		5 a 6	19	4%
		Nenhum	25	5%
		1 a 2	252	48%
		3 a 4	182	35%
Reguladora Antioxidante	Verduras e Legumes	5 a 6	65	12%

		Nenhum	56	11%
		1 a 2	204	39%
	Hortalças	3 a 4	182	35%
		5 a 6	82	16%
		Nenhum	5	1%
	Carnes, Frango, Peixe e Ovo	1 a 2	362	69%
		3 a 4	156	30%
		5 a 6	1	0%
		Nenhum	0	0%
Construtora	Queijo, Leite e Iogurte	1 a 2	520	99%
		3 a 4	4	1%
		Nenhum	9	2%
	Feijão, Ervilha e Grão-de-bico	1 a 2	268	51%
		3 a 4	244	47%
		5 a 6	3	1%
		Nenhum	134	26%
Óleos	Óleos Vegetais	1 a 2	375	72%
		3 a 4	15	3%
		Nenhum	224	43%
Gorduras e Alimentos Processados	Gorduras e Doces	1 a 2	282	54%
		3 a 4	16	3%
		5 a 6	2	0%
	total		524	100%

Com relação ao consumo de proteínas de origem animal, se observou que 362 idosos consumiam uma a duas porções de carnes (vermelha, branca e ovo), 157 idosos consomem mais de três porções ao dia e apenas cinco idosos não consumiam estes alimentos. Analisando o consumo de queijo, leite e iogurte, também alimentos proteicos de origem animal, a maioria (520 idosos) consome de uma a duas porções ao dia (tabela 2).

Já o consumo de proteínas de origem vegetal (leguminosas – feijão, ervilha, grão de bico), 268 idosos consumiam uma a duas porções ao dia, 244 de três a quatro, nove não consumiam estes alimentos e três consumiam cinco a seis porções ao dia (tabela 2).

Quanto ao uso de óleos vegetais, azeite e manteiga, 375 idosos consumiam uma a duas porções ao dia e mais de um terço dos idosos (134) não usam estas fontes de gordura segundo a coleta de dados neste estudo alimentos (tabela 2).

A respeito do consumo de alimentos fonte de gorduras e alimentos processados (doces), 224 idosos não consumiam estes alimentos e 282 idosos consumiam uma a duas porções ao dia (tabela 2).

Um questionamento relevante é conhecer o consumo de líquidos diário e sua qualidade, na tabela 3 podemos ver o hábito dos idosos na ingestão de líquidos de diversas fontes.

Se observou um baixo consumo de água, 133 idosos consomem um a dois copos ao dia e maior consumo na mesma frequência (um a dois copos ao dia) para suco natural (295 idosos) e chá (285 idosos), o que se modifica quando o consumo é de três a quatro copos, sendo 239, 159 e 76 respectivamente. O consumo de suco industrializado é pouco apreciado por esta população, sendo consumido por um pouco mais de um terço dos idosos a quantidade de um a dois copos ao dia (tabela 3)

Tabela 3 – Informações sobre a ingestão diária de líquidos, dos Idosos muito velhos. Aracaju/SE. 2012.

Itens Líquidos	Quantidade (copos/dia)	n	%
Água	1 a 2	133	25%
	3 a 4	239	46%
	5 a 6	139	27%
	7 ou mais	13	2%
Leite Integral	Nenhum	254	48%
	1 a 2	174	33%
	3 a 4	80	15%
	5 a 6	16	3%
Leite semi-desnatado	Nenhum	143	27%
	1 a 2	302	58%
	3 a 4	69	13%
	5 a 6	10	2%
Suco Natural	Nenhum	57	11%
	1 a 2	295	56%
	3 a 4	159	30%
	5 a 6	13	2%
Suco Industrializado	Nenhum	370	71%
	1 a 2	140	27%
	3 a 4	14	3%
Chá	Nenhum	161	31%
	1 a 2	285	54%
	3 a 4	76	15%
	5 a 6	2	0%
Café	Nenhum	69	13%
	1 a 2	318	61%
	3 a 4	130	25%
	5 a 6	7	1%
Vinho	Nenhum	396	76%
	1 a 2	121	23%
	3 a 4	7	1%
Refrigerante	Nenhum	323	62%
	1 a 2	188	36%
	3 a 4	12	2%
	5 a 6	1	0%
Total		524	100

Analisando o consumo de leite (integral ou semi-desnatado), há preferência para uso do semi-desnatado na frequência de um a dois copos ao dia e em ambos os tipos de leite há um consumo em torno de 15% na frequência de três a seis copos ao dia (tabela 3).

O café foi uma bebida bastante consumida pelos idosos, 318 ingeriam um a dois copos ao dia, 130 bebiam três a quatro copos ao dia e sete referiram ingerir cinco a seis copos diariamente (tabela 3).

O consumo de bebida alcoólica (vinho) e gaseificadas (refrigerante), teve mais de 60% de rejeição nesta população, sendo um hábito pouco frequente.

DISCUSSÃO

Buscando conhecer e avaliar os hábitos alimentares e algumas das condições nutricionais de idosos muito velhos que vivem em Aracajú, observou-se que 385 (73,5%) idosos realiza quatro a cinco refeições ao dia e cerca de 81 (15%) idosos faz mais de seis refeições ao dia. Um pequeno contingente faz pelo menos de uma a três refeições/dia. Dessa forma, a maioria dos idosos do estudo tem como hábito fracionar refeições ao longo do dia, como preconiza o manual de alimentação saudável para pessoa idosa (Saúde BH 2009, Brasil 2010^a, Brasil 2010b).

A maioria dos idosos 379 (72,3%) relatou não ter dificuldade na mastigação. Essa dificuldade geralmente ocorre devido à xerostomia (diminuição da secreção salivar), à ausência total ou parcial de dentes, dentição em estado precário e ausência do uso de prótese dentária ou prótese mal ajustada, dificultando a mastigação dos alimentos sólidos, reduzindo o consumo de alimentos como carnes e vegetais crus (Souza, 2009).

Com relação à capacidade de se alimentar sozinho, a independência é presente em quase a totalidade dos idosos, 518 (98,9%). Esta capacidade favorece o estado nutricional do idoso, pois este não depende de outras pessoas para realizar esta atividade, no entanto se consideradas as questões afetivas e comportamentais, embora haja autonomia no comer solitário, preferir comer em companhia, com familiares, amigos outros e compartilhar as atividades domésticas que antecedem ou sucedem o consumo das refeições contribui para outros aspectos do cotidiano dos idosos (Brasil 2014)

Com o avançar da idade, há uma tendência de declínio no nível de higiene bucal e um aumento da incidência de doenças bucais. A diminuição da capacidade motora, a baixa autoestima, a falta de estímulo para a realização da higiene bucal, a incapacidade de realizar sua própria higiene devido a doenças crônico-degenerativas, o comprometimento da visão, audição e a perda da habilidade cognitiva são fatores que, isolada ou cumulativamente, contribuem para o aumento do risco das pessoas idosas desenvolverem enfermidades bucais, no entanto neste estudo uma frequência significativa de 500 (95,4%) idosos relatou realizar higiene bucal, o que contribuiu para a saúde bucal e nutricional deles (Ferreira 2009)

Segundo o novo guia alimentar para população em geral, a escolha do cereal deve ser mais próxima ao natural, ou seja, alimentos que são obtidos diretamente de plantas ou de animais e não sofrem qualquer alteração após deixar a natureza. Considerando aspectos culturais, pode-se concluir que a escolha pelo milho, e cereais integrais, pode corroborar para essa recomendação. Segundo o manual de alimentação do idoso, o ideal é consumir pelo menos seis porções ao dia entre cereais e tubérculos, alimentos fontes de energia e neste estudo a maioria consome em torno de 2 a 4 porções ao dia, abaixo do preconizado, apesar da boa escolha na qualidade do alimento, dados similares ao estudo de Malta 2013, na qual os idosos consumiam este grupo alimentar abaixo do mínimo preconizado. Outro aspecto em comum nestes dois estudos foi o consumo elevado de arroz com feijão contribuindo com o maior aporte energético para estes idosos. A recomendação para estes alimentos é de pelo menos cinco dias da semana (Malta 2013, Brasil 2014)

Em relação às frutas, 310 (59%) idosos consumiam uma a duas porções ao dia, abaixo do recomendado para esta população. Considerando as hortaliças, 204 (39%) idosos consumiam uma a duas porções, 82 (35%) consumiam cinco a seis porções e 56 (11%) negaram o consumo destes alimentos. Considerando que o mínimo preconizado é um consumo de três porções, estamos abaixo do recomendado para a maioria dos idosos deste estudo. Tanto as frutas como as verduras e legumes são fontes importantes de vitaminas e minerais, sugerindo que neste estudo estes idosos podem estar com deficiências nestes nutrientes, assim como observado no inquérito nacional de alimentação da população idosa no Brasil, com uma ingestão destes alimentos abaixo do mínimo recomendado (Fisberg 2013).

Analisando a recomendação de proteínas, o leite e derivados deve ser ingerido três porções ao dia enquanto carnes em geral se recomenda pelo menos uma porção ao dia, de preferência com baixo teor de gordura e preparadas com pouco óleo. Neste trabalho, os idosos avaliados, na sua maioria (99%) tem um consumo de leite e derivados de uma a duas porções ao dia e de carne 69% de uma a duas e 30% de três a quatro porções ao dia, em desencontro a recomendação específica para idosos. No estudo de Malta 2013, também houve baixo consumo de laticínios frente ao recomendado e maior de carnes, no entanto, neste estudo o consumo de carnes ainda foi maior (Malta 2013)

No presente estudo, 224 (43% idosos não referiram consumir nenhum tipo de gorduras e doces e 282 (54%) consumiam diariamente uma a duas porções. Segundo o manual de recomendação, óleos, gorduras, sal e açúcar são produtos alimentícios que devem ser reduzidos no cardápio diário (mínimo de uma porção ao dia) devido a presença de nutrientes prejudiciais à saúde, como: gorduras saturadas (presentes em alguns óleos vegetais e gorduras animais, em particular nessas últimas), sódio (componente básico do sal de cozinha) e açúcar livre (presente no açúcar de mesa e doces processados). O consumo excessivo de sódio e de gorduras saturadas aumenta o risco de doenças do coração, enquanto o consumo excessivo de açúcar aumenta o risco de cárie dental, de obesidade e de várias outras doenças crônicas. Estes nutrientes são comuns em produtos processados e ultra processados, que devem ser retirados do cardápio diário (Brasil 2010^a, Brasil 2014).

Em relação ao consumo de bebidas, chamou atenção a baixa ingestão de água, apenas 2% consomem 7 copos ou mais de água e 72% de 3 a 6 copos de água por dia. Abaixo do esperado pela recomendação que preconiza no mínimo 8 copos ao dia ou dois litros, diferente do estudo de Alencar 2014, apresentado no II CONBRASIS aonde 30% dos idosos ingeriram dois a cinco copos de água por dia e mais de 30% acima de nove copos ao dia. Já o consumo de suco de frutas naturais é de 87% para um a quatro copos ao dia, que pode estar associado a região em que se coletou os dados, com temperaturas elevadas e grande variedade de frutas regionais (Alencar 2014).

O café é consumido diariamente pela maioria dos idosos, pelo menos um copo ao dia em 62%. O consumo habitual de café pode prevenir doenças e ainda auxiliar no desempenho físico. Os benefícios do café estão relacionados com sua concentração de antioxidantes (polifenóis) e a ação da cafeína, que é um estimulante do sistema nervoso. Além de bloquear o sono, a cafeína pode diminuir a fadiga mental, melhorar o desempenho físico, motor e cognitivo, aumentar a concentração, reforçar a memória e aumentar o gasto energético de repouso. Porém os efeitos da cafeína variam de pessoa para pessoa, dependendo do seu peso e frequência com que a ingerem. (Freedman et al, 2012).

CONCLUSÃO

O presente estudo mostrou que idosos muito velhos, moradores em Aracajú (SE) apresentam bom fracionamento de suas refeições ao longo do dia, não tem problemas com

a mastigação, são autônomos para realização de suas atividades de vida diária, aqui representado pela alimentação e uma excelente preocupação com a higiene bucal.

Em relação ao consumo dos diferentes grupos alimentares, notado um baixo consumo dentre a maioria dos grupos, segundo as recomendações nutricionais para esta faixa de idade. Chama a atenção a baixa ingestão de água destes idosos, com um bom hábito de substituir a água por consumo de sucos de frutas naturais e chás. Apesar dos resultados obtidos sugerirem déficit de nutrientes, os idosos deste estudo apresentaram a pontuação mínima preconizada no Mini-Exame do Estado Mental (MEEM), instrumento comumente utilizado para rastrear perdas cognitivas e, tiveram uma participação ativa para coleta de dados, o que sugere estar em boas condições nutricionais. Para melhor análise frente a estado nutricional, presença de redução de funcionalidade importante e déficit de algum nutriente específico, mais informações deveriam ter sido coletadas.

Ressalta-se que na avaliação do estado nutricional do idoso é preciso considerar inúmeros fatores, além dos relacionados aos da alimentação em si, como o isolamento social, a solidão, as doenças crônicas e as alterações fisiológicas, próprias do envelhecimento (Souza, 2009).

É notório que o envelhecimento pode afetar o estado nutricional, considerando desde possíveis dificuldades na aquisição e preparo dos alimentos até a metabolização dos nutrientes pelo organismo. O estado, assim como o perfil nutricional, reflete nas condições de vida e saúde e conseqüentemente pode interferir na longevidade dos idosos, em especial daqueles acima de 80 anos.

Neste sentido, a realização de estudos junto a atenção primária sobre, não apenas conhecer o hábito alimentar, mas também suas condições nutricionais incluindo estado nutricional e outros dados nutricionais comuns entre idosos, é fundamental para que o trabalho da equipe multiprofissional de saúde tenha propósito de prevenção e promoção, além de curativo quando possível.

REFERÊNCIAS

1. Saad M.P, Envelhecimento populacional: demandas e possibilidades na área de saúde. Demografia dos negócios: campo de estudo, perspectivas e aplicações. Demographicas, visualizado em 03.08.2018: <http://www.abep.org.br/~abeporgb/publicacoes/index.php/series/article/viewFile/71/68>
2. Lehr U. A Revolução da longevidade: impacto na sociedade, na família e no indivíduo. Est. Interdiscipl. Envelhec., Porto Alegre, v. 1, p. 7-36; 1999.
3. Organização Mundial da Saúde. Relatório Mundial do Envelhecimento e Saúde, 2015.
4. Néri AL. Maturidade e velhice: trajetórias individuais e socioculturais. Campinas: Papirus, 2001.
5. Giacomini K. O desafio deste século é cuidar da saúde dos nossos velhos. Rev. Eletrônica Mensal da SMSA-PBH, dez. 2002. Disponível em <http://www.pbh.gov.br/smsa/biblioteca/saudedigital/dezembro2002/> Acesso em 29/09/2011

6. Neri, A L. Idosos no Brasil: vivências desafios e expectativas na terceira idade. Org. São Paulo: editora Fundação Perseu Abramo. Edições SESC. São Paulo: 2007. 288p.
7. Berquó E. Considerações sobre o envelhecimento da população no Brasil. In: Néri AL, D GG. (orgs). Velhice e Sociedade. 2ª ed. Campinas, SP: Papyrus; 2004.
8. Rosset I, Pedrazzi EC, Roriz-Cruz M, Moraes EP, Rodrigues RAP. Tendências dos estudos com idosos mais velhos na comunidade: uma revisão sistemática (inter) nacional. Rev. Esc Enferm USP; 45(1): 264-71; 2011
9. Nahas, MV. Atividade física, saúde e qualidade de vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo. 3ed. Londrina Midiogra; 2003.
10. Monteiro MAM. Percepção sensorial dos alimentos em idosos. Revista Espaço para a Saúde, Londrina, v. 10, n. 2, p. 34-42, jun. 2009.
11. Brasil 2010. Alimentação saudável para pessoa idosa: Um manual para profissionais de saúde. Ministerio da saúde. Brasília-DF, 2010, disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/alimentacao_saudavel_idosa_profissionais_saude.pdf Acessado em 02.08.2018.
12. Brasil 2010. Secretaria especial dos direitos humanos. Guia da pessoa idosa – informações uteis para o seu dia a dia. Segunda edição. Brasília, 2010.
13. Saúde BH.com. Alimentação do idoso segundo a roda dos alimentos, fevereiro de 2009. Disponível em: http://www.saudebh.com/3.0/index.php?option=com_content&view=article&id=119:alimentacao-do-idoso-segundo-a-roda-dos-alimentos&catid=43:nutricao&Itemid=77 Acessado em: 03.08.2018.
14. United Nations. Department of Economic and Social Affairs. Population division. World Population Prospects: the 2008 revision: highlights. Key findings. New York: United Nations; 2009. Working paper No. ESA/P/WP.210. p..IX-XIII. [107 p.]. Disponível em: http://www.un.org/esa/population/publications/wpp2008/wpp2008_highlights.pdf. Acessado em 26.01.2019.
15. Pereira AMVB, Schneider RH, Schwanke CHA. Geriatria, uma especialidade centenária. Scientia Medica, Porto Alegre, v. 19, n. 4, p. 154-161, out./dez. 2009
16. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Expectativa de vida no Brasil por Unidade da Federação, 2010.
17. Moraes EP, Rodrigues RAP, Gerhardt TE. Os idosos mais velhos no meio rural: realidade de vida e saúde de uma população do interior gaúcho. Texto Contexto Enferm. Florianópolis, v. 17, n. 2, p.374-383, abr/jun; 2008.
18. Machado JC, Ribeiro RC, Leal PFG, Cotta RMM. Avaliação do declínio cognitivo e sua relação com as características socioeconômicas dos idosos em Viçosa-MG. Rev. Bras. Epidemiol; 10(4):592-605; 2007.

19. Laks J, Batista EMR, Guilherme ERL, Contino ALB, Faria MEV, Rodrigues CS, et al. Prevalence of cognitive and functional impairment in community-dwelling elderly. *Arq Neuropsiquiatr*. 63(2a): 207-212; 2005.
20. Souza FJ. Nutrição dos Idosos. In: Silva JV. Saúde do Idoso-Processo de Envelhecimento sob Múltiplos Aspectos. Iátria. 2009.
21. Guia alimentar para Brasileiros, 2014 – Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia Alimentar para a População Brasileira. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2ª edição, 2014).
22. Ferreira de Mello ALS, Moysés AJ, Castro RG. Cuidado dirigido à saúde bucal: significados atribuídos por cuidadores de idosos. *Cienc Cuid Saude* 2009 Jan/Mar; 8(1):27-33
23. Malta MB, Papini SJ, Corrente JE. Avaliação da alimentação de idosos de município paulista – aplicação do Índice de Alimentação Saudável. *Ciencias e Saude coletiva* 18(2)377-384, 2013.
24. Fisberg RM, Marchionil DML, Castro MA e col. Ingestão inadequada de nutrientes na população de idosos do Brasil: Inquérito Nacional de Alimentação 2008-2009 *Rev Saúde Pública* 2013;47(1 Supl):222S-30S
25. Alencar ICL; Lima CRF; Castro LTP; Negreiros RHV; Oliveira CVC. Ingesta de água pelos idosos. II Congresso Brasileiro de Ciências da Saúde (COBRACIS), 2014, disponível em: http://www.editorarealize.com.br/revistas/conbracis/trabalhos/TRABALHO_EV071_MD4_SA6_ID2174_15052017221906.pdf Acessado em 26.01.2019.
26. Freedman I, Park Y, Abnet CC, Hollenbeck AR, Sinha R. Association of coffee drinking with total cause-specific mortality. *N.Engl.J.Med.* 2012;366:1891-1904. May 17, 2012.

Ana Marice Lins da Silva

Graduação em Pedagogia pela Universidade Federal do Piauí,
especialista em Psicopedagogia pela Faculdade Três Marias
<http://lattes.cnpq.br/5557375855866254>

José Wáttylla Alves dos Santos Paiva

Graduação em Enfermagem pela Faculdade de Educação São Francisco,
especialista Vigilância em Saúde pela Universidade Estadual do Piauí
<http://lattes.cnpq.br/1303702228267876>

RESUMO

A hanseníase é uma doença muito antiga, com relatos de tempos imemoráveis. Era considerada um flagelo divino, devido aos aspectos deformantes que esta acarreta ao portador da doença. Hoje sabe-se que a doença é causada por uma bactéria, conhecida cientificamente *Mycobacterium leprae*, existindo cura para a mesma. O interesse pela temática surgiu em decorrência da problemática que é a hanseníase para a sociedade, caracterizando-se como um agravo à saúde pública pelos altos números de pessoas afetadas, e pelos vários prejuízos causados às pessoas acometidas. E diante desse foco elaborou-se o seguinte objetivo geral que consiste identificar estigmas sociais que interferem na adesão ao tratamento de pessoas acometidas pela hanseníase que fazem tratamento em um centro de especialidades médicas. Para o estudo foi adotada a metodologia qualitativa de caráter descritiva exploratória. O estudo contou com a colaboração de 20 voluntários. Os resultados mostraram que muitos desconhecem sobre a doença, como a forma de contágio. A maioria relatou sentimentos de tristeza após diagnóstico. Grande parte tem visão limitada em relação ao tratamento. Um número significativo revelou gostar do atendimento e do relacionamento com os profissionais da UBS. A maioria relata sentir medo, ou já vivenciarem formas de preconceito por conta da doença. Boa parte revelou que a maior dificuldade em relação ao tratamento são os efeitos adversos da medicação, e todos afirmaram ter apoio familiar especialmente de mães e esposas. Este estudo mostra que houve significativa mudança em termos de tratamento do portador de hanseníase, no entanto o preconceito ainda que de forma velada é muito presente. Cabe aos profissionais da saúde, em especial os da atenção básica trabalhar a temática, esclarecendo dúvidas sobre a doença.

Descritores: *Mycobacterium leprae*; Preconceito; Saúde Pública.

INTRODUÇÃO

A hanseníase é uma doença de caráter infecto-contagiosa, evolui lentamente, onde se manifesta principalmente através de sinais e sintomas dermatoneurológicos, como lesões de pele e nervos periféricos, sendo principalmente nos olhos, mãos e pés. A doença tem por agente etiológico o bacilo *Mycobacterium leprae*, podendo atingir qualquer pessoa,

independente de gênero ou idade. Tem seu período de incubação muito longo, podendo frequentemente durar de três a cinco anos. A forma de transmissão é através do contato íntimo, direto com uma pessoa acometida (ALMEIDA *et al.* 2013).

A hanseníase é uma doença muito antiga, que se tornou um grave problema de saúde pública devido fatores, como a evolução crônica, a ação de provocar lesões incapacitantes ou deformantes, e principalmente a suscetibilidade em gerar focos de proliferação da doença. Embora inúmeros esforços da Organização Mundial da saúde (OMS) destacam a necessidade de intervenções estratégicas para controlar a hanseníase e evitar incapacidades, o número de novos casos indica um crescimento contínuo da doença em alguns países do mundo. No ano de 2015 registrou-se mundialmente cerca de 200.000 novos casos. A Índia é o país que registra o maior crescimento da doença. No ano de 2015, foram detectados 127.326 novos casos (60% da estatística mundial). O Brasil, experimenta um declínio do número de casos, passando de 44.436 novos casos, em 2006 para 26.395 em 2015 (WHO, 2016).

Na antiguidade os portadores de hanseníase eram vistos como vítimas de um mal enviado por Deus aos cristãos, mas a doença também era interpretada como uma praga divina que recaía sobre os pecadores como forma de um castigo. Contudo, num ponto havia um consenso no olhar sobre os leprosos, eles despertavam ojeriza, desprezo e medo. Carregavam pesados estigmas, pois a doença provocava diferenças que dificultava a aceitação social. Reduzida, portanto a possibilidade da plenitude de vida do sujeito, que passava a ser alvo de diversos tipos de discriminação, contribuindo para sua segregação e isolamento perante a sociedade (BITTENCOURT *et al.*, 2010).

Nos dias de hoje pelo aspecto biomédico que já sabemos sobre a doença, a questão parece estar resolvida, temos tratamento adequado, cura e técnicas simplificadas de prevenção de incapacidades. No entanto, a dimensão sociocultural da doença continua sendo um desafio para os profissionais de saúde e para a população. Um problema que o doente de hanseníase sempre enfrenta é o preconceito de si mesmo e dos outros (FIGUEIREDO, 2003).

O interesse pela temática surgiu em decorrência da problemática que é a hanseníase para a sociedade, caracterizando-se como um agravo a saúde pública pelos altos números de pessoas afetadas pela mesma, e pelos vários prejuízos físicos e sociais causados as pessoas acometidas.

Surgindo conseqüentemente a curiosidade em se descobrir as causas da não adesão ao tratamento nas pessoas que sabidamente são diagnósticas com doença. As causas a serem investigadas são principalmente as relacionadas ao estigma que a doença acarreta.

E diante do foco de estudo elaborou-se o seguinte objetivo geral que consiste identificar estigmas sociais que interferem na adesão ao tratamento de pessoas acometidas pela hanseníase que fazem tratamento em um centro de especialidades médicas. E objetivos específicos de descrever sentimentos dos clientes enquanto portador de hanseníase; relacionar a doença aos fatores socioeconômicos e culturais; analisar a percepção do cliente em relação aos cuidados prestados ao mesmo pelo profissional enfermeiro.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Contexto histórico

Antigamente a doença era reconhecida pela denominação errada de lepra, e com ela eram associadas e designadas outras doenças que hoje conhecemos como psoríase, eczema e outras dermatoses, pelo fato de as mesmas se assemelharem na questão dos

sinais dérmicos, mas não são relacionadas ao mesmo agente etiológico. No entanto a doença recebe nova nomenclatura a partir da descoberta da bactéria que desencadeia a mesma, por meio dos estudos do médico norueguês Gerhard Armauer Hansen em 1873, e hoje em sua homenagem a doença passa a ser denominada hanseníase (AGUIAR; RIBEIRO, 2009).

Nas civilizações antigas, a doença era considerada uma punição. Os doentes eram obrigados a usar trajes especiais para o seu reconhecimento a distância e eram segregados da sociedade. Sendo considerada portanto uma das patologias mais antigas que atua no organismo humano, os relatos mais antigos sobre a hanseníase datam de 4266 a.C. no Egito (NEIVA, 2010).

A marca de desonra fisicamente presente nas feridas e nos membros desfigurados do leproso e incorporada à sua identificação lançou a doença ao lado mais obscuro da sociedade. Ela significou, ao longo de anos, exclusão do convívio social devido à única forma de tratamento existente até meados do século XX, que era o isolamento nos leprosários. No entanto apenas nas décadas de 1940 e 1950 inicia-se o tratamento ambulatorial, com a administração da sulfona como terapêutica, comprovando que a forma de contágio não era hereditária e que a cura era possível (BUDEL *et al.*, 2012).

Atualmente as drogas de primeira linha no tratamento da hanseníase são a dapsona, a clofazimina e a rifampicina. O Ministério da Saúde recomenda a poliquimioterapia (PQT) com a finalidade de impedir a resistência bacteriana, limitar o tempo de tratamento, conseguir supervisão parcial do tratamento com a administração mensal das drogas no serviço de saúde. Para a indicação de PQT, o paciente deve ser classificado de acordo com os métodos diagnósticos em paucibacilares e multibacilares (AGUIAR; RIBEIRO, 2009).

Aspectos conceituais e classificatórios

A hanseníase é uma doença infecciosa de curso crônico, causada pela bactéria intracelular e acidorresistente *Mycobacterium leprae*, que acomete preferencialmente pele e nervos periféricos, com um grande potencialidade para desenvolver incapacidades físicas, que podem evoluir para deformidades visíveis, mais comuns em mãos, pés e áreas da face. Sua transmissão acontece pelas vias aéreas superiores, através do contato íntimo e direto com um portador. A hanseníase apresenta lesões de pele com hipossensibilidade, sendo as mais comuns as manchas as pigmentares, as placas, as infiltrações, os tubérculos e os nódulos. As lesões acometem toda a extensão do corpo, inclusive a mucosa nasal e, mais raramente, a cavidade oral. As alterações de sensibilidade diferencia as lesões hanseníase das outras dermatológicas (MIRANZI; PEREIRA; NUNES, 2010).

As lesões neurológicas ocasionam as neurites que surgem de processo inflamatório agudo, provocando espessamento dos nervos periféricos, perdas da sensibilidade nas áreas inervadas por esses nervos, principalmente nos olhos, mãos e pés, perda de força muscular, e intenso sintomas álgicos e edemas. As lesões são acometidas por transtorno do sistema nervoso periférico, afetado pelo agente causador da doença o *Mycobacterium leprae* (LUNA *et al.*, 2012).

Sua classificação é baseada no número de lesões, sendo paucibacilares (PB) aquele paciente que apresenta até 5 lesões cutâneas e multibacilares (MB) aquele paciente que apresentam mais de 5 lesões cutâneas (BRASIL, 2012).

A partir da identificação dados clínicos e posteriores exames como baciloscópicos, imunológicos e histopatológicos, a hanseníase pode ser classificada em quatro formas: Hanseníase Indeterminada (HI); Hanseníase Tuberculóide (HT); Hanseníase Dimorfa (HD); Hanseníase Virchowiana (HV) (AGUIAR; RIBEIRO, 2009).

Epidemiologia da doença

Por questões de adaptação do agente etiológico, a hanseníase tem grande prevalência em regiões de clima tropical e subtropical, sendo no entanto, mais comum em países periféricos, onde as condições de vida da população, muitas vezes precárias e a falta de políticas públicas de saúde condizentes favorecem a continuidade de transmissibilidade da doença, de forma a desencadear e se classificar como um problema de saúde coletiva (AGUIAR; RIBEIRO, 2009).

O Brasil ocupa a segunda colocação mundial no número de casos de hanseníase, perdendo apenas para a Índia. Além disso, considera-se que dos 94% dos novos casos de notificação da doença ocorrido nas Américas acontece no Brasil. Dos 122 países, nos quais a hanseníase era considerada endêmica em 1985, 112 alcançaram essa taxa de eliminação no final do ano de 2003, porém o Brasil ainda continua integrando o grupo dos dez países que não alcançaram essa meta, mantendo uma prevalência geral de 4,2 por 10.000 habitantes (MARGARIDO; RIVATTI, 2005).

Nesse sentido, apesar do proposto o Brasil ainda vem mantendo uma média de 47 mil novos casos de hanseníase anualmente no último quinquênio, com um parâmetro alto de endemicidade, no tocante em especial nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste (NUNES; OLIVEIRA; VIERIA, 2013).

Entre as medidas de controle da hanseníase está a vacinação BCG intra-dérmica (BCGid), única vacina contra tuberculose e hanseníase disponível nos serviços de saúde. Classicamente, a hanseníase é considerada de baixa transmissibilidade, sendo a transmissão da infecção predominantemente por via respiratória e os pacientes MB considerados a principal fonte de infecção. No entanto, recentes trabalhos incorporando novas técnicas de biologia molecular, mais sensíveis na identificação do bacilo e para marcadores subclínicos, vêm abrindo novas perspectivas de entendimento dos mecanismos de transmissão (BRASIL, 2008).

Enfermagem: considerações acerca dos cuidados dispensados ao paciente com hanseníase

No território da Estratégia Saúde da Família (ESF), a Enfermagem faz parte de um processo coletivo de trabalho, atuando diretamente nas ações de controle da hanseníase seja individualmente com o portador, sua família ou comunidade. No entanto, durante vivências em território da ESF, é observado que no decorrer do diagnóstico e tratamento dos portadores de hanseníase pouco eram abordadas as questões relativas ao relacionamento social e familiar. A maior preocupação da equipe é com o tratamento medicamentoso e a prevenção de incapacidades, e os registros pouco falam da família, do trabalho, sentimentos do portador de hanseníase (FREITAS *et al.*, 2008).

Ações estão sendo desenvolvidas com o intuito de reverter essa situação endêmica da hanseníase no Brasil. A estratégia mais utilizada é a educação em saúde, que é considerada, segundo Brasil (2012), como prática transformadora que deve ser inerente a todas as ações de controle da Hanseníase, sendo desenvolvida pelas equipes de saúde com a participação dos usuários, mantendo relação entre os serviços oferecidos e a população. Para uma melhor eficácia do programa, se faz necessário a divulgação intensa dos sinais e sintomas da hanseníase em nível comunitário, visando aumentar a procura dos serviços de saúde, na presença de sinais e sintomas dermatológicos.

Com o processo de descentralização, baseado na Norma Operacional Básica de 1996 (NOB/96), torna-se de responsabilidade dos municípios, a criação e desenvolvimento de ações para o Programa de Controle da Hanseníase. Para que todos os municípios de fato assumam as ações de controle da doença, sendo necessária capacitação dos

profissionais que compõem a rede básica de saúde (MORENO; ENDERS; SIMPSON, 2008).

Estigmas sociais e a interferências no tratamento da hanseníase

A segregação das pessoas acometidas pela hanseníase foi algo comum por séculos. No fim do século XVIII, a doença era comparada a um castigo de Deus, relacionada a impureza. A prática da exclusão era o tratamento imposto aos doentes, segundo a qual o indivíduo acometido pela moléstia deveria ficar exilado, fora dos muros dos lugares comuns. O mesmo sofria uma espécie de exílio para que os sadios não fossem contaminados. Ele saíria da cidade e misturaria sua lepra à lepra dos outros, longe daquele espaço urbano (LEITE; SAMPAIO; CALDEIRA, 2015).

Os hansenianos eram portanto portadores de um estigma, pois possuíam alguma alteração que provocava dificuldade de aceitação social. Por ter um estigma, é reduzida a possibilidade da perfeição de vida do sujeito, que passa a ser alvo de diversos tipos de discriminação, contribuindo para seu isolamento perante a sociedade. O estigma é um fator marcante desde então, interferindo em aspectos sociais, físicos e psíquicos, uma vez que a moléstia se diferenciava pelo horror que causava ao interferir com a integridade visível do corpo (BITTENCOURT *et al.*, 2010).

O preconceito que permeia a vida do hanseniano e, portanto as dificuldades encontradas para introdução no seu meio social estão diretamente relacionadas à adoção de práticas inclusivas pelos serviços de saúde e de ações diretas visando o diagnóstico precoce e a prevenção de incapacidades ao portador de hanseníase (DIAS; PEDRAZZANI, 2008).

METODOLOGIA

Estudo qualitativo de caráter exploratório-descritivo, desenvolvido por meio de um roteiro de entrevista semiestruturado, contendo perguntas abertas e fechadas dentro da lógica relacionada, de forma a abranger todos os objetivos a serem alcançados.

A coleta de dados foi realizada em um Centro de Especialidades Médicas, que se localiza na cidade de Lago da Pedra, pertencente ao estado do Maranhão. A escolha pelo local da pesquisa se deu em decorrência da instituição ser referência no tratamento e acompanhamento de pessoas portadoras de hanseníase para o município e distritos, e por conter consequentemente um número satisfatório de possíveis participantes para o estudo.

A amostra compreendeu os clientes atendidos no centro de Especialidades Médicas, com 50 pessoas cadastradas em tratamento. Após posterior esclarecimento dos objetivos do estudo e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Onde não houve critérios de exclusão quanto a sexo. Dos quais, somente para 20 pessoas aceitaram ou se enquadraram com o objetivo propostos para pesquisa.

Os dados foram coletados por meio de uma entrevista individual semiestruturada, contendo 11 perguntas abertas e fechadas embasadas segundo os objetivos do estudo. O questionário também levou em consideração o perfil epidemiológico dos participantes como: sexo, faixa etária e estado civil para obtenção dos resultados, e implementar os achados da pesquisa. Foi utilizado um gravador de voz para melhor analisar os relatos.

Frente a temática abordada, os resultados obtidos possibilitaram a agregação dos dados em 7 categorias, que são: Contágio da hanseníase; Reação após o diagnóstico; Tratamento da hanseníase na visão do paciente; Comunicação e tratamento na UBS; Preconceito por ser portador de hanseníase; Dificuldade para o tratamento; e Apoio familiar.

Alguns dos dados obtidos foram agregados em forma de tabelas para melhor entendimento do perfil dos entrevistados. Já o restante da entrevista foi transcrito na íntegra para o estudo, de forma a se conhecer a realidade na fala dos entrevistados.

O estudo foi submetida à Comissão de Professores da Faculdade de Educação São Francisco (FAESF), para avaliação do mesmo. A pesquisa é embasada na Resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que rege as pesquisas que envolvem seres humanos, onde dita regras a serem respeitadas de forma a proteger a integridade humana em seus diferentes âmbitos.

Para realização da pesquisa, solicitou-se a autorização da direção do Centro de Especialidades Médicas de Lago da Pedra – MA por meio de um ofício expedido pela IES. Os sujeitos participantes da pesquisa foram identificados aqui como “Entrevistados” e denominados em sequência numérica (Entrevistado 1, 2, 3...), como forma de se preservar o seu anonimato conforme os preceitos que regem a o estudo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise dos dados passou por duas etapas, iniciando com uma leitura flutuante para identificar as categorias emergentes no discurso, que seriam utilizadas para análise. Os achados da pesquisa e as referencias utilizadas nesta etapa, no discurso do entrevistado foram transcritos integralmente para as categorias identificadas conforme entrevista.

Quadro 1 – Caracterização do sujeito por idade, estado civil, gênero e raça. Lago da Pedra (MA). 2016.

IDADE		
VARIÁVEIS	VALOR NUMÉRICO	VALOR PERCENTUAL (%)
20 a 30 anos	03	15
31 a 40 anos	06	30
41 a 50 anos	07	35
50 anos ou mais	04	20
Total	20	100
ESTADO CIVIL		
VARIÁVEIS	VALOR NUMÉRICO	VALOR PERCENTUAL (%)
Solteiro	07	35
Casado	12	60
Separado	01	5
Total		
SEXO		
VARIÁVEIS	VALOR NUMÉRICO	VALOR PERCENTUAL (%)
Masculino	14	70
Feminino	06	30
Total	20	100
RAÇA		
VARIÁVEIS	VALOR NUMÉRICO	VALOR PERCENTUAL (%)
Parda	10	50
Negra	06	30
Branca	04	20
Total	20	100

FONTE: Dados da pesquisa, 2020.

No quadro 1 notamos que com relação a idade dos entrevistados, onde os participantes da pesquisa estão compreendidos idades variadas, em que o participante mais novo tinha 20 e o mais velho 60, fato que mostra que a doença pode acometer o ser humano em qualquer fase da vida, o resultado mostra que a doença atinge muitas pessoas economicamente ativas.

Com relação ao estado civil o quadro revela que a maioria dos participantes da pesquisa, ou seja 60% eram comprometidos matrimonialmente, tendo ao lado seus cônjuges, sendo portanto o restante solteiro 35% solteiros, e 5% estavam separados de seus parceiros. Em comparativo ao gênero, o sexo masculino apresentou-se em número mais expressivo 70% em comparação ao gênero feminino 30%.

Na variável raça, a quantidade maior foram de pessoas pardas 50%, seguida de pessoas negras 30%, sendo portanto a raça branca a de menor número 20%.

Quadro 2 – Caracterização do sujeito quanto a aspectos socioeconômicos. Lago da Pedra (MA). 2016.

PROFISSÃO		
VARIÁVEIS	VALOR NUMÉRICO	VALOR PERCENTUAL (%)
Lavrador	20	100
Total	20	100
RENDA FAMILIAR		
VARIÁVEIS	VALOR NUMÉRICO	VALOR PERCENTUAL (%)
Sem renda fixa	13	65
Até 2 salários	07	35
Total	20	100
ESCOLARIDADE		
VARIÁVEIS	VALOR NUMÉRICO	VALOR PERCENTUAL (%)
Sem instrução	07	35
Fundamental incompleto	07	35
Fundamental completo	05	25
Médio completo	01	5
Total	20	100

FONTE: Dados da pesquisa, 2020.

O quadro 2 mostra variáveis socioeconômicas, em relação a atividade laboral unanimemente ou seja, 100% dos entrevistados eram lavradores, apresentando-se a maioria sem renda 65% e o restante com no máximo com até 2 salários mínimos 35%. A variável nível de instrução reflete no baixo nível de escolaridade onde, 35% eram analfabetos, 35% apresentavam fundamental incompleto, 25% tinham ensino fundamental completo, e a minoria apresentou com 5% haviam concluído o ensino médio.

Categoria 1: contágio da hanseníase

A maioria dos entrevistados quando indagados sobre como contraíram a doença afirmaram ter contraído de uma outra pessoa, mas alguns acham que foi uma evolução de uma micose, e dois dos entrevistados relatam ter sido de um acontecimento no trabalho. Os trechos abaixo mostram esses aspectos:

“Acho que foi de um cunhado que veio morar comigo, ou de um vizinho que não fazia tratamento” (Entrevistado 1).

“Acho que foi de um veneno que coloquei na minha roça, acho que o veneno atingiu minha pele, pois o veneno era muito forte e afetou a pele” (Entrevistado 3).

“Numa serraria, o pó da madeira entupia meus poros, eu não suava e com isso foi aparecendo umas manchas brancas” (Entrevistado 5).

Na fala do Entrevistado 3 o desconhecimento do contágio da doença revela a grande falta de conhecimento da população, sendo isso característico de tempos antigos, a mesma era comparada com outras patologias dérmicas, de forma a se desenvolver a partir de doenças até mesmo causadas por fungos.

Apenas na fala do Entrevistado 1 soube responder de fato como a doença realmente é adquirida, mostrando que está informado, quando revela que seu cunhado tinha a doença, e não fazia tratamento adequado, sendo portanto disseminador. Essas ideias podem estar ligadas ao fato da doença ainda ser tratada como um tabu pela sociedade, encontrando-se uma carência de informação que possam esclarecer questões ligadas à doença.

Brasil (2008) esclarece bem essa questão de contágio, pois diz que uma pessoa pega a doença, por meio das gotas eliminadas no ar pela tosse, pela fala e pelo espirro de uma pessoa com hanseníase, sem tratamento. O bacilo penetra através das vias aéreas superiores, percorre todo o corpo e se instala nas terminações nervosas periféricas e nas células da pele. A evolução da doença é de curso lento, podendo demorar anos para ocorrer as primeiras manifestações. O contato íntimo, direto e muito prolongado com o portador da doença em ambiente propício, como pouco ventilado, ausência da incidência direta da luz solar, aumenta significativamente as chances de uma pessoa contrair o bacilo.

Portanto a hanseníase se manifesta por meio de sinais e sintomas dermatoneurológicos que podem levar à suspeição diagnóstica da doença. A principal manifestação da doença são lesões hipocrômicas na pele que podem se instalar em diferentes regiões da extensão do corpo, que são acompanhadas da diminuição ou ausência de sensibilidade (PAULINO; BEDIN; PAULINO, 2009).

Categoria 2: reação após o diagnóstico

O indivíduo pode reagir ao diagnóstico da hanseníase com indiferença, ou como se fosse uma catástrofe terrível. As falas dos entrevistados abaixo ilustram esses aspectos:

“Fiquei triste. E não quis aceitar fiquei com vergonha por que não sabia que tinha cura” (Entrevistado 6).

“Fiquei muito triste, eu achava que o mundo ia acabar, que eu seria um homem acabado. Porque tendo a hanseníase que é uma doença contagiosa ninguém chegar próximo de mim” (Entrevistado 7).

“Mim senti arrasada. Porque é uma doença seria deixa a pessoa aleijada se não se tratar” (Entrevistado 11).

Na maioria das vezes as pessoas, quando recebem a confirmação do diagnóstico de hanseníase, sentem-se desorientadas e confusas, despertando em si sentimento de tristeza e vergonha. Essas pessoas necessitam serem acompanhadas por toda a equipe de saúde, para que possam ajudá-las no enfrentamento e entendimento da mesma. A importância desse acompanhamento psicológico deve ser providenciado, para que esse cliente divida suas angústias e sofrimentos, de modo a auxiliá-lo na compreensão e na aceitação do diagnóstico.

A fala do Entrevistado 11 remete ao principal ponto que gera-se tanto medo em relação à doença, pois o fato de poder deixar o indivíduo com sequelas, desperta desespero no portador da doença. No entanto Leite, Sampaio e Caldeira (2015) falam que o desconhecimento da doença, as imagens negativas associadas às crenças populares e religiosas, as deformidades físicas, e ausência da cura, são elementos contributivos para a solidificação de medidas discriminatórias aos indivíduos acometidos por essa doença. Os sujeitos referem que por ser uma doença incurável e de aspectos assustadores era

inevitável o pânico. No entanto, o sentimento no momento da descoberta da doença representava um misto de angústia, medo e abalo psíquico.

Categoria 3: tratamento da hanseníase na visão do paciente

Quando perguntado sobre o que fazer para se tratar e se encontraram alguma dificuldade na adesão do tratamento. Os entrevistados em geral associam o tratamento com o ato de ingerir medicamentos. Também foram constatadas outras práticas referidas pelos entrevistados para colaborar com o tratamento medicamentoso citam evitar exposição solar como um dos principais. Porém ocorre simultaneamente uma expectativa de que o problema seja superável mediante o remédio e uma representação do remédio como sendo algo nocivo. Exemplificando com as falas a seguir:

“Sim, a dificuldade foi de tomar o remédio porque é muito forte, comecei a tomar o remédio e senti fraqueza, depois fiquei todo roxo do efeito do remédio, mas mesmo forte eu tomo porque quero é ficar bom” (Entrevistado 6).

“Minha maior dificuldade foi o medicamento que as primeiras doses são pesadas e o efeito é horrível” (Entrevistado 7).

“Minha maior dificuldade é que as pessoas saibam que eu tenho essa doença” (Entrevistado 18).

Para Almeida *et al.* (2013) adesão ao tratamento integral da hanseníase exige que o paciente assuma muitos compromissos, pois é parte essencial da cura e deve estar consciente disso, pois aderir ao tratamento consiste em um processo que depende de três fatores: a percepção da importância dos objetivos a atingir, a probabilidade de que a ação levará ao objetivo e o esforço requerido.

O autocuidado é um compromisso que o paciente deve assumir consigo mesmo. Torna-se um coadjuvante no tratamento, sendo dever para com a própria saúde. Consiste em procedimentos técnicos e exercícios que as próprias pessoas podem fazer para prevenir incapacidades ou impedir que piorem, sendo necessária a avaliação regular de todo o corpo, de maneira a ficar atento ao aparecimento de novos sinais e sintomas (BRASIL, 2008).

Categoria 04: comunicação e tratamento na Unidade Básica de Saúde

A pesquisa constata que apesar das dificuldades do tratamento a comunicação entre a equipe de saúde e os pacientes é boa. As entrevistas abaixo ilustram esses aspectos:

“Bom, o atendimento é muito bom, a enfermeira me dar atenção gosto muito do jeito que ela me recebe, me trata ela tem muita preocupação comigo pra mim ficar bom” (Entrevistado 6).

“Muito legal, pois ela vinha aqui, quando eu não ia lá no posto. A qualquer hora elas me atendia sem botar banca” (Entrevistado 14).

“Bom, porque sempre que chego no posto a enfermeira me explica tudo e tira minhas dúvidas e ainda me avisa quando o doutor está me consultando” (Entrevistado 19).

O modelo de Enfermagem subsidia a construção de um plano de cuidados, baseado no aspecto físico, social e necessidades emocionais, gerando itens que sustentam a sua utilização na prática. A comunicação permeia a relação dos seres humanos em sociedade. A atividade de comunicar promove o relacionamento interpessoal e é componente do

comportamento humano. O comunicar-se constitui uma atividade influenciada por crenças, atitudes, valores, experiências anteriores e antecedentes sociais (LUNA *et al.*, 2010).

Para Freitas *et al.* (2008) a comunicação enfermeiro/paciente é denominada comunicação terapêutica, porque tem a finalidade de identificar e atender as necessidades de saúde do paciente, ao criar oportunidades de aprendizagem e despertar nos pacientes um sentimento de confiança, permitindo que eles se sintam satisfeitos e seguros. A autora ressalta ainda que um dos objetivos da enfermagem é levar ao cliente a participar dos esquemas terapêuticos. Esta participação depende dos processos de comunicação, a partir dos quais se estabelecem as relações de confiança necessárias para o paciente diminuir o medo, a ansiedade e permitir, a pessoa fragilizada pela doença, lutar por seu restabelecimento com dignidade.

Categoria 5: preconceito por ser portador de hanseníase

Embora a hanseníase seja uma doença que, uma vez tratada, apresenta possibilidades significativas de cura e não apresenta risco de contágio, em função do preconceito cultural, apesar dos esforços do pessoal da saúde, ainda persiste uma situação de estigma em relação à doença.

A grande maioria dos doentes entrevistados revela não haver preconceito entre os membros da família. Quanto ao meio social e de trabalho do paciente, a atitude de encobrir a hanseníase é observada por alguns. Houve pronunciamentos que, observamos preconceito pelo próprio paciente. Os trechos abaixo mostram como esses aspectos são experimentados:

“Só indiretamente. Os vizinhos não andam mais em minha casa, e os amigos se afastam” (Entrevistado 1).

“Sim, de mim mesmo, porque transmite e é uma doença que deixa sequelas” (Entrevistado 3).

“Não Porque escondo para todo mundo que tenho a doença” (Entrevistado 13).

“Não senti, porque nunca disse pra ninguém porque eu vi um vizinho que tinha e ninguém queria ficar perto dele” (Entrevistado 18).

É importante os resultados desta categoria, pois são reveladas os principais pontos e medos que a doença desperta em seu portador. É interessante notar que nas falas dos Entrevistados 13 e 18 mostram que o portador chega a esconder a doença dos demais por saber ou por ver exemplos do que ocorre a quem tem a mesma, se isolando da sociedade por medo que o descubram e abrindo mão das suas atividades antes desenvolvidas, passando a abdicar do convívio em sociedade. Na fala do Entrevistado 1 é perceptível o preconceito velado, onde pelo fato das pessoas ao redor serem cientes da sua doença, acabaram por se afastar deixando de frequentar sua casa, gerando na mesma um sentimento negativos e de tristeza.

Juntamente com a doença existe uma carga cultural muito grande, relacionada ao preconceito que a hanseníase desperta nas pessoas, pois isso é histórico, e ainda hoje é presente e muito vivo na sociedade, o que acarreta uma série de danos aos portadores.

Paulino, Bedin e Paulino (2009) diz que no Brasil, a trajetória da hanseníase apresenta-se impregnada de uma visão medieval e arcaica, em que apesar da mobilização em da sociedade em se abolir no nome lepra, e mesmo após os resultados eficazes da poliquimioterapia, a vida de um portador de hanseníase e suas sequelas continua marcada pelo estigma, que na maioria dos casos culmina na completa exclusão social.

No estudo qualitativo realizado por Martins e Caponi (2013) uma questão que chamou a atenção das autoras sobre o estigma, mais especificamente sobre o estigma

referente à hanseníase, são as relações entre as pessoas saudáveis e as pessoas que estão em tratamento ou já estão curadas. Na qual foram buscadas essa questão, em situações sociais, na presença física um do outro, seja numa conversa informal ou não.

Categoria 6: dificuldade para tratamento

Quando perguntados sobre as dificuldades encontradas no decorrer do tratamento, a grande maioria das respostas encontradas afirmam ser os medicamentos a maior dificuldade identificada relacionada ao tratamento, por conta das reações internas e externas que uso dos mesmos desencadeiam na pessoa, como pode ser visto nas falas a seguir:

“Dificuldade foi a reação do medicamento, nunca desisti porque a força de vontade em ficar bom é grande” (Entrevistado 1).

“Sim. De tomar o remédio porque é muito forte, porque quando comecei a tomar o remédio eu sentia fraqueza, depois fiquei todo roxo do efeito do remédio, mas mesmo forte eu tomo porque quero ficar bom logo” (Entrevistado 6).

“Não porque eu sinto tanta vontade de ficar bom que quanto ta terminando o remédio vou antes do dia pra buscar outras cartelas” (Entrevistado 14).

As grandes maiorias das respostas encontradas na pesquisa apontam que a maior dificuldade em se estender e levar o tratamento até o fim está nas reações desencadeadas pelos fármacos utilizados, pois por serem extremamente fortes, costumam provocar no organismo sintomas indesejáveis. Mas o interessante é notado que apesar de tudo isso eles destacam que a vontade de ficarem curados é maior, que podem suportar tudo em nome do bem estar futuro como, fato esse que é muito claro na fala do Entrevistado 6.

Outra fala muito interessante e que chama a atenção é a do Entrevistado 14, no qual diz que não sente nenhuma reação, por conta do seu enorme desejo de livrar-se da doença, mostrando seus sentimentos positivos, e estimulando seu psicológico.

Brasil (2008) diz que os medicamentos podem trazer complicações isso costuma acontecer no início do tratamento. Sendo necessária a reavaliação de um profissional da saúde. A clofazimina avermelha ou escurece a pele, que torna-se muito ressecada, como foi dito na fala do Entrevistado 1.

Os indivíduos hansenianos podem ser surpreendidos por quadros ou estados reacionais, intercorrências no curso da doença, que estão presentes em cerca de 10 a 50% dos casos, principalmente, nas formas multibacilares e constituem importantes fatores de risco para retratamento da hanseníase, além de responsáveis por abandono de tratamento e pelas incapacidades. As reações hansênicas refletem fenômeno de hipersensibilidade aguda diante dos antígenos do *Mycobacterium leprae* e decorrem de processo imunológico acompanhado de aumento de citocinas pró-inflamatórias. Os quadros reacionais podem surgir antes ou, mais frequentemente, durante ou após o tratamento. A duração e o número desses surtos reacionais dependem muitas vezes da forma clínica, bem como do índice baciloscópico inicial (TEIXEIRA *et al.* 2013).

Categoria 07: apoio familiar

Quando indagados sobre o apoio recebido da família, as respostas são unânimes em relação ao apoio integral que recebem dos seus parentes, sendo apontado o cônjuge e a mãe como um dos principais suportes na luta contra a doença, pois ajudam durante todo o tratamento.

“Sim e muito, principalmente minha esposa que nunca me abandonou em momento algum, nunca mim recusou na relação do casal” (Entrevistado 5).

“Sim, meu esposo é uma pessoa fundamental para eu continuar o tratamento” (Entrevistado 11).

“Recebi principalmente de minha mãe, ela fez e faz tudo por mim, ela ia comigo pra o posto de saúde, no doutor, mim dava o remédio na hora de tomar” (Entrevistado 14).

Todas as falas extraídas da pesquisa apontam a figura materna como principal pilar no tocante ao apoio no decorrer do tratamento. A mulher possui em sua essência o cuidado, a doação, o zelo não só a seus filhos mas a todos da família. A relação marido e mulher também foi muito citada como pessoas que os devotam total apoio, tornando-se fundamento a dedicação doada, fato este que é visto na fala do Entrevistado 5, no qual diz que recebe apoio de toda a família mas em especial da esposa, e ressalta isso quando que fala que a mesma nunca se recusou a cuidar dele.

Ao abordar esta atividade de vida a intensidade do comunicar-se no ambiente domiciliário, reflete-se a presença de relações interpessoais embasadas pela confiança, influenciando a estabilidade emocional do paciente, uma vez que a hanseníase é, historicamente, uma doença estigmatizante. Ao referir a comunicação intradomiciliar do portador da hanseníase se remete a uma série de valores que estão implícitos no estigma cultural da doença. Durante a comunicação, há troca de informações e, se todo o processo tiver sido explorado eficazmente, essa troca levará a conscientização do paciente, que influenciará na decisão em assumir-se como doente e assim adquirir as responsabilidades da adesão ao tratamento (LUNA *et al.*, 2010).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante das discussões apresentadas pode-se concluir que a temática é fecunda para inúmeras análises futuras. Neste sentido, a sistematização de estudos voltados para a compreensão desta doença, apresenta-se de extrema importância para a elaboração de políticas públicas voltadas para a minimização dos riscos e consequências que a mesma acarreta ao portador.

Os resultados foram muitos significativos pois se equiparam a estudos realizados em outras localidades, revelando que a doença ainda é muito presente no país, e que está intimamente ligada com o nível social ao qual a pessoa portadora está inserida. Onde em sua grande maioria tem baixa renda salarial, pouco ou nenhum nível de instrução educacional.

Algumas categorias mostraram pontos positivos com relação ao tratamento, com a descrição do bom relacionamento que os paciente têm com os profissionais do centro de saúde, destacando o profissional enfermeiro.

O apoio que os mesmos recebem de seus familiares torna-se muito importante para que o portador da doença leve o tratamento até o fim, pois muitas das vezes são eles que incentivam, os levam a unidade de saúde e cuidam para que a medicação seja sempre tomada.

No entanto o preconceito ainda é muito presente na sociedade, pois algumas falas descrevem a diferença no tratamento consigo, quando as pessoas sabem de sua patologia, além do auto preconceito que muitos desenvolvem, deixando de praticarem atividades antes primadas e desenvolvidas por medo que descubram sua doença

Os estigmas inerentes à hanseníase ocorrem desde tempos imemoráveis, sendo, portanto, uma condição complexa, que consiste em um processo de mudança gradual através de anos. Nesse enfoque, inúmeras ações foram e ainda estão sendo elaboradas e

desenvolvidas com o objetivo de amenizar esse estigma. Uma dessas ações foi a mudança do nome lepra para hanseníase, mas nem todos os países adotaram esta nomenclatura.

É de conhecimento que outros planos têm colaborado para a redução da endemia no país, pois a descentralização estendida a todas as unidades de saúde, para o diagnóstico precoce com intuito de diminuir riscos de desenvolvimento de incapacidades físicas, assim como a informação, educação e comunicação sobre a hanseníase, para tornar o indivíduo capaz de se auto proteger, identificando os sinais e sintomas da doença precocemente. Sabe-se, porém, que algumas regiões mantêm altas taxas de prevalência e detecção, chamadas de regiões com maior prioridade pelo Ministério de Saúde. Essas localidades possuem estruturas próprias e propícias que facilita a circulante. Novas análises que possam identificar essas áreas e características dessas estruturas podem permitir um combate mais efetivo.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, Zenaide Neto; RIBEIRO, Maria Celeste Soares. 3. ed._São Paulo: Martinari, 2009.

ALMEIDA, Janaína Rocha de Sousa et al . Autopercepção de pessoas acometidas pela hanseníase sobre sua saúde bucal e necessidade de tratamento. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, Mar. 2013 . Available from <<http://www.scielo.org/scielo>>. access on 11 June 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Hanseníase e direitos humanos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

_____. Ministério da Saúde. **Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso**. 8. Ed. rev. Brasília, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia para o Controle da hanseníase**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BITTENCOURT, Leylane Porto; CARMO, Aíla Coelho do; LEÃO, Ana Maria Machado; CLOS, Araci Carmen. Estigma: percepções sociais reveladas por pessoas acometidas por hanseníase. *Rev. Enferm. Uerj*, rio de janeiro, 2010 abr/jun; 18(2):185-90.

BITTENCOURT, Leylane Porto, et al. Estigma: Percepções sociais revelados por pessoas acometidas por hanseníase. **Rev. enferm UERJ**. 2010. Acesso em 29 Nov. 2012.

BUDEL, Anelise Roskamp et al . Perfil dos pacientes acometidos pela hanseníase atendidos no Ambulatório de Dermatologia do Hospital Evangélico de Curitiba. *An. Bras. Dermatol.*, Rio de Janeiro, v. 86, n. 5, Oct. 2011 . Available from <<http://www.scielo.br/scielo>>. access on 29 Nov. 2012.

DIAS, Regina Célia; PEDRAZZANI, Elisete Silva. Políticas públicas na Hanseníase: contribuição na redução da exclusão social. *Rev Bras Enferm*, Brasília 2008; 61(esp): 753-6.

FIGUEIREDO, Nélia Maria Almeida. **Ensinando a cuidar em saúde pública**. São Caetano do Sul, SP: Difusão Editora, 2003.

FREITAS, Cibelly Aliny Siqueira Lima et al . Consulta de enfermagem ao portador de hanseníase no território da Estratégia da Saúde da Família: percepções de enfermeiro e pacientes. *Rev. bras. enferm.*, Brasília, v. 61, n. spe, Nov. 2008 . Available from <<http://www.scielo.br/scielo>> . access on 29 Nov. 2016.

LEITE, Soraia Cristina Coelho; SAMPAIO, Cristina Andrade; CALDEIRA, Antônio Prates. "Como ferrugem em lata velha": o discurso do estigma de pacientes institucionalizados em decorrência da hanseníase. *Physis*, Rio de Janeiro , v. 25, n. 1, p. 121-138, Mar. 2015. Available from <<http://www.scielo.br/scielo>> . access on 30 June 2020.

LUNA, Izaildo Tavares et al . Adesão ao tratamento da Hanseníase: dificuldades inerentes aos portadores. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 63, n. 6, Dec. 2010 . Available from <<http://www.scielo.br/scielo>> . access on 29 Nov. 2012.

MARGARIDO, L. C.; RIVITHI, E. A. Hanseníase. In: FOCACCIA, R. **Veronesi**: tratado de infectologia. São Paulo: Atheneu, 2005.

MARTINS, Patrícia Vieira; CAPONI, Sandra. Hanseníase, exclusão e preconceito: histórias de vida de mulheres em Santa Catarina. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, 2013. Available from <<http://www.scielo.br/scielo>> . access on 11 June 2013.

MIRANZI, Sybelle de Souza Castro; PEREIRA, Livia Helena de Moraes; NUNES, Altacílio Aparecido. Perfil epidemiológico da hanseníase em um município brasileiro, no período de 2000 a 2006. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.**, Uberaba, v. 43, n. 1, Feb. 2010 . Available from <<http://www.scielo.br/scielo>> . access on 11 June 2013.

MORENO, Cléa Maria da Costa; ENDERS, Bertha Cruz; SIMPSON, Clélia Albino. Avaliação das capacitações de hanseníase: opinião de médicos e enfermeiros das equipes de saúde da família. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 61, n. spe, Nov. 2008 . Available from <<http://www.scielo.br/scielo>> . access on 24 June 2013.

NEIVA, Ricardo Jardim. **Hanseníase: desafios ao diagnóstico nas unidades básicas de saúde**. 2010, 28 f. TCC (Especialização em Atenção Básica). Universidade de Minas Gerais. Minas Gerais, 2010.

NUNES, Joyce Mazza; OLIVEIRA, Eliany Nazaré; VIEIRA, Neiva Francenely Cunha. Hanseníase: conhecimentos e mudanças na vida das pessoas acometidas. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, 2013 . Available from <<http://www.scielo.br/scielo>> . access on 11 June 2013.

PAULINO, Ivan; BEDIN, Livia Perasol; PAULINO, Livia Valle. **Estratégia Saúde da Família**. – São Paulo: Ícone, 2009.

WORLD HEART ORGANIZATION (WHO). Global leprosy update, 2015: time for action, accountability and inclusion [internet]. 2016 [cited 2016 aug 10]. Available from: <http://www.who.int/lep/en/>

TEIXEIRA, Márcia Almeida Galvão; SILVEIRA, Vera Magalhães da; FRANCA, Emmanuel Rodrigues de. Características epidemiológicas e clínicas das reações hansênicas em indivíduos paucibacilares e multibacilares, atendidos em dois centros de referência para hanseníase, na Cidade de Recife, Estado de Pernambuco. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.**, Uberaba, v. 43, n. 3, June 2010 . Available from <<http://www.scielo.br/scielo>> . access on 11 June 2013.

Dalayna de Sousa Natividade

Concluinte do curso de Bacharel em Enfermagem
Faculdade Estácio Castanhal

Rosilene Maciel Araújo

Concluinte do curso de Bacharel em Enfermagem
Faculdade Estácio Castanhal

RESUMO

No Brasil e no mundo o câncer de mama é uma das patologias que mais acomete a população feminina e uma das principais causas de morte de mulheres por neoplasias. Caracteriza-se pela proliferação anormal das células da mama, que origina um tumor maligno com capacidade de atingir outros órgãos do corpo, mas quando diagnosticado precocemente tem boas chances de cura. Trata-se de relato de experiência realizado durante a oferta da disciplina Assistência de enfermagem a saúde da mulher e do neonato, do curso de enfermagem da faculdade Estácio Castanhal. Tem como objetivo relatar a experiência sobre a ação educativa no âmbito da prevenção ao câncer de mama as puérperas, de maneira adequada e eficaz, para proporcionar aprendizado para o público sobre o tema abordado e as experiências dos acadêmicos. Realizado com puérperas, no Hospital São Jose, na cidade de Castanhal- Pará. A ideia foi compartilhada para estabelecer uma interação entre os acadêmicos e públicos alvo. A prática adotada se mostrou bastante eficaz, pois as puérperas participaram efetivamente, gerando trocas de informações importantes para ambas as partes envolvidas. Conclui-se que no âmbito da educação em saúde a prevenção ao câncer de mama, contribui tanto para os acadêmicos, já que o enfermeiro é parte importante para gerar a troca de conhecimentos, como principalmente as puérperas, visto que estas adquiriram conhecimento que vão envolver no seu dia a dia.

Descritores: Enfermagem; Educação em saúde; Prevenção ao câncer de mama as puérperas.

INTRODUÇÃO

No Brasil e no mundo o câncer de mama é uma das patologias que mais acomete a população feminina e uma das principais causas de morte de mulheres por neoplasias. Caracteriza-se pela proliferação anormal das células da mama, que origina um tumor maligno com capacidade de atingir outros órgãos do corpo, mas quando diagnosticado precocemente tem boas chances de cura. Assim, a realização de anamnese e do Exame Clínico das Mamas (ECM) por profissionais de saúde permite uma grande capilaridade do acesso à primeira etapa da investigação diagnóstica do câncer de mama¹.

É uma doença que gera impacto no funcionamento físico bem como nos aspectos psicossociais, o que leva o indivíduo a ter perda de confiança associado ao medo da

incapacidade e da morte. Serão estimados em 2020, 59.120 novos casos diagnosticados de câncer de mama no Brasil¹. Estima-se que quase 30% desses casos poderiam ser evitados por meio da prevenção primária que inclui uma alimentação saudável e pela prática rotineira de atividades físicas^{2,3}.

O diagnóstico precoce do câncer de mama configura-se como a melhor estratégia de combate no âmbito da prevenção secundária sendo realizado através da mamografia, exame clínico das mamas (ECM) e da prática sistemática do autoexame das mamas⁴. Por este motivo, o autocuidado em relação ao câncer de mama é um conjunto de práticas que podem ser adotadas pelas mulheres para preservar a saúde da mama. Essas práticas têm impacto tanto na redução do risco para o surgimento de um câncer de mama quanto para a detecção precoce no caso da doença aparecer⁵.

Em relação ao combate ao câncer de mama, são essenciais para a ESF no período do pré-natal, a orientação para o autoexame de mamas, oportunizar o exame clínico das mamas, como o autoexame e estabelecer a definição de critérios e fluxos para encaminhar a mamografia e a consulta com mastologista, quando convenientes. É importante também orientar a paciente no puerpério, desde o hospital, para o autoexame, com as devidas observações⁶.

Quanto às orientações repassadas para a paciente, é importante destacar as possíveis características que elas podem identificar como anormal, ou seja, o aparecimento de nódulo (caroço) no seio ou na axila. Os nódulos podem apresentar dor ou não, ser duros e irregulares ou macios e redondos. Dor ou inversão do mamilo (volta-se para dentro da mama). Presença de secreção pelo mamilo, sanguinolenta ou não. Inchaço irregular em parte da mama, que pode ficar quente e vermelha. Irritação ou retração na pele ou aparecimento de rugosidade semelhante à casca de laranja. Vermelhidão ou descamação do mamilo ou da pele da mama. Nos casos mais adiantados, pode aparecer uma ulceração na pele com odor desagradável⁷.

O ministério da saúde recomenda ao sistema único de saúde (SUS) o desenvolvimento de atividades que envolvam o ensino da palpação das mamas pela própria mulher como artifício do auto cuidado, como foi citado a cima¹.

A educação em saúde é uma proposta político pedagógica que busca promover melhoria da atenção a saúde, prevenindo doenças, e estimulando a participação da população por meio de rodas de conversas, encontros, debates e palestras educativas¹³. É importante ressaltar que a detecção precoce do câncer de mama, através da educação do autoexame seja uma meta de todos os profissionais de saúde que trabalham em contato com o público feminino, e não apenas daqueles, que atuam em programas específicos de prevenção¹⁴. Nesse sentido, reconhece-se a educação em saúde como sendo o pilar do processo de implementação de ações e atitudes dentro da lógica da promoção a prevenção ao câncer de mama. Deste modo o presente trabalho tem como objetivo apresentar as ações de educação em Saúde realizada em puérperas, na prevenção ao câncer de mama, no Município de Castanhal- PA.

MATERIAL E METODOLOGIA

Este estudo consiste em um relato de experiência, o qual se iniciou pela fundamentação sobre a temática da Promoção da Saúde, com enfoque diferenciado para o campo da educação em saúde, cujo principal objetivo foi cuidar. O público alvo da ação educativa foram as puérperas. O mesmo emergiu da proposta de executar ações educativas- preventivo em combate ao câncer de mama por meio de atos de proporcionar a prevenção e o aprendizado para esse público, tudo dentro da disciplina “Assistência de enfermagem a saúde da mulher e do neonato” do 6º período de enfermagem da faculdade

Estácio Castanhal, com envolvimento direto de 6 acadêmicos de enfermagem, sendo 5 escolhidos para realizar este relato.

Na criação desta metodologia educativa foram estabelecidas etapas com a finalidade de proporcionar, criar um maior vínculo e principalmente estimular o aprendizado das puérperas. Para ministrar a ação, utilizamos alguns materiais didáticos, como o intuito de aprimorar e enriquecer o envio do conhecimento público.

Foram estabelecidas 3 etapas para uma melhor organização de equipe. Na primeira etapa instruímos palestras educativas, mostrando como se deve realizar o ato de autoexame, como: a identificação de qualquer alteração: pequenos nódulos, existência de secreção nos mamilos, mudança de cor da pele, histórico familiar, dor ao amamentar. Na segunda etapa, foi feita uma dinâmica de memorização, para identificarmos os aprendizados das puérperas, através de questionamentos sobre o autoexame da mama. Nessa etapa, os fatos mostraram que houve intenso proveito de conhecimento repassado, pois elas nos responderam com clareza e firmeza o que foi perguntado. Para uma melhor fixação das informações, os alunos produziram uma mama artificial e realizaram a demonstração da técnica do autoexame da mama, em seguida elas eram convidadas a reproduzirem o que aprenderam. As estudantes produziram cartilhas informativas contendo informações sobre a temática, com intuito de contribuir para formação da consciência dessas mulheres e aquisição do hábito de se auto examinar, sendo dessa forma, capazes de identificar alterações no seu próprio corpo. Ao serem questionadas pelos alunos sobre a realização do autoexame da mama, muitas referiram que realizavam, ao serem indagadas sobre a frequência de vezes algumas responderam que todos os dias durante o banho, outras quando lembravam, isso mostra o pouco entendimento dessas mulheres com respeito a propedêutica, não realizando corretamente o exame.

Na terceira etapa, foram distribuídos kits informativos, com a finalidade de dar continuidade no autoexame no dia-a-dia o que aprenderam. O mesmo informa que o auto exame de mamas não deve substituir o exame clínico realizado pelo profissional capacitado para tal atividade, no entanto acreditamos que o exame da mama feito pela própria mulher vai permitir o conhecimento do próprio corpo e estas mulheres vão poder detectar alterações morfológicas caso presentes, além do que este funciona como instrumento de detecção precoce reconhecemos a possibilidade da descoberta da neoplasia em um estágio inicial., isso quando realizado de forma preconizado, pois sua mal realização pode indicar um falso positivo.

Muitas mulheres resistem em fazer o autoexame das mamas, por desconhecem a técnica, acompanhada à vergonha de se tocar e o medo de encontrar alterações referentes à neoplasia. Por isso a importância de incentivar a prática e o conhecimento do mesmo, uma vez que o tumor quando descoberto na fase inicial aumenta as chances de cura contribuindo para uma melhor qualidade de vida. Dessa forma, essa prática necessita ser estimulada pelos serviços de saúde.

RESULTADOS

Por meio dos resultados alcançados tornou-se possível evidenciar a preocupação com o não hábito do auto exame na prevenção ao câncer de mama, uma vez que, observou-se que muitas não aderem à prática diariamente. Tal assertiva reitera na prática da educação em saúde o desafio constantemente a adequar a linguagem e as atitudes, de forma a tornar compreensível o conteúdo proposto mediante uma fala simples, objetiva e até mesmo praticando o que estava sendo ensinado nas puérperas.

Foi percebido através da ação educativa um grande entendimento das puérperas, pois evidenciavam o que haviam aprendido. Visto que em uma hora de ação educativa, a

interação entre a estratégia didática e o aprendizado, proporcionou o interesse das puérperas em conhecer sobre a prevenção do câncer de mama.

Sendo assim, a didática nos mostrou que uma estratégia diferente de ensinar e o uso de uma linguagem adequada para a importância do autoexame, os riscos do câncer de mama, a identificação de identificar anormalidades nas mamas, faz com que as mulheres possam aprender e absorver qualquer informação com mais facilidade, não só nos hospitais, mais principalmente nas ESF, onde são repassadas muito mais informações, dados, exames, vacinas e dentre outros tipos de acompanhamentos.

CONCLUSÃO

Considera-se que ações educativas devem ser incorporadas a rotinas diárias das puérperas de maneira a promover a geração de hábitos saudáveis. Além disso, ressalta-se que a atividade implementada serviu para a consecução da noção básica das prevenções ao câncer de mama e da importante atuação do enfermeiro como promotor do autoexame.

Notou-se que essa fundamentação foi de total importância para o público alvo, pois muitas não tinham noção do que a falta do autoexame resulta no combate ao câncer de mama. Portanto contribuimos voluntariamente com o aprendizado dessas puérperas. Além de nos proporcionar experiência.

Importante ressaltar também que as ações educativas serão sempre de suma importância para orientar e educar pacientes não só nas ESF, como também nos hospitais. Através de uma linguagem simples e adequada para a compreensão dos mesmos.

CONTRIBUIÇÕES E IMPLICAÇÕES PARA ENFERMAGEM

Pode-se observar que o presente trabalho teve o desenvolvimento das atividades educativas para detecção precoce do câncer de mama, o conhecimento das mulheres do município de Castanhal- PA, aumentou em relação aos fatores de risco que podem estar presentes em suas vidas e desencadear a doença.

Ao considerar a letalidade do câncer e as consequências físicas e emocionais que traz a doença para a vida da mulher, a detecção precoce melhora o prognóstico da doença⁸. O enfermeiro é o profissional que se destaca nas ações das práticas educativas voltadas para prevenção e promoção da saúde; ele deve desempenhar papel fundamental no preparo da população para a conscientização da importância do autoexame das mamas, por meio de estratégias educativas de educação popular⁹.

A motivação de participantes para participar das ações de educação em saúde reflete a ânsia pelo conhecimento quando a maioria, onde os mesmos refere interesse pelo assunto. Essa ação coloca a mulher na posição de ser o principal ator e responsável pela sua própria saúde, firmando a priorização do empoderamento dessas mulheres para o alcance dos princípios do SUS¹.

A necessidade de tomar posse de um pensamento crítico requer uma persistência no desenvolvimento da capacidade intelectual do ser humano. Nesse entendimento, a busca de novas ideias direciona o profissional enfermeiro, de modo geral, à construção da geração de conhecimentos, adquiridos a partir de sua participação ativa como membro responsável do processo de transformação social¹⁰.

Dessa forma, a construção de projetos de educação popular por profissionais de saúde comprometidos com o processo de implementação do SUS estimula a conscientização da população em geral numa perspectiva de mudança da realidade local¹². É fato que o controle social ainda não ocorre em sua plenitude, mesmo com os avanços no

plano legislativo brasileiro, existindo um longo caminho a ser percorrida para se alcançar a equidade no setor saúde, fazendo-se necessário repensar as práticas sociais vigentes¹¹.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Instituto Nacional de Câncer. Estimativas 2010: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2014.
3. Akhigbe AO, Omuemu VO. Knowledge, attitudes and practice of breast cancer screening among female health workers in a Nigerian urban city. *BMC Cancer* 2009;9:203. doi: 10.1186/1471-2407-9-203.
4. Nogueira SMB, Diógenes MAR, Silva ARV. Auto-exame das mamas: as mulheres conhecem? *Rev Red Enf Nord* 2006;7(1): 84-90.
5. Monteiro APS, Arraes EPP, Pontes LB, et al. Auto-exame das Mamas: Frequência do Conhecimento, Prática e Fatores Associados. *RBGO* 2003;3(25):201-205.
6. Cazap E, Buzaid AC, Garbino C, et. al. Breast cancer in Latin America: results of the Latin American and Caribbean Society of Medical Oncology/Breast Câncer Research Foundation expert survey. *Câncer* 2008;8(113):2359-2365. doi: 10.1002/cncr.23834.
7. Gomes CHR, Nobre AL, Aguiar GN, et al. Avaliação do conhecimento sobre detecção precoce do câncer dos estudantes de Medicina de uma universidade pública. *Rev Bras Cancerol* 2008;54(1):25-30.
8. Fernandes AFC, Viana CDMR, Melo EM, et al. Ações para detecção precoce do câncer de mama: um estudo sobre o comportamento de acadêmicas de enfermagem. *Cienc Cuid Saude* 2007;6(2):215-222. doi: 10.4025/cienccuidsaude.v6i2.4165.
9. Lyman GH. Breast cancer screening: science, society and common sense. *Câncer Invest N* 2010;28(1):1-6.
10. Silveira RS, Lunardi VL, Martins CR, et al. Conceptualizando a prática da enfermagem a partir de Paulo Freire. *Cienc Cuid Saude* 2005;4(2):156-62. doi: 10.4025/cienccuidsaude.v4i2.5226.
11. Dantas ELR, Sá FHL, Carvalho SMF, Arruda AP, Ribeiro EM, Ribeiro EM. Genética do câncer hereditário. *Rev Bras Cancerol.* 2009; 55(3):263-9.
12. Bonfim IM, Almeida PC, Araújo IMA, Barbosa ICFJ, Fernandes AFC. Identificando fatores de risco e as práticas de autocuidado para detecção precoce do câncer de mama em familiares de mastectomizadas. *Rev Rene.* 2009; 10(1):45-52.
13. Diógenes MAR, Linard AG, Teixeira CAB. Comunicação, acolhimento e educação em saúde na consulta de enfermagem em ginecologia. *Rev Rene.* 2010; 11(4):38-46.
14. Torres CA, Barbosa SM, Pinheiro PNC, Vieira NFC. A saúde e educação popular com adolescentes. *Rev Rene.* 2010; 11(4):47-56.

Adriani Izabel de Souza Moraes

Enfermeira pelo Centro Universitário Padre Albino, Catanduva
Mestranda pelo programa de pós-graduação em enfermagem pela
Universidade Federal de São Carlos-UFSCAR

Maria Claudia Parro

Doutora em Ciências da Saúde pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto EEUSP-SP
Centro Universitário Padre Albino, Catanduva

Nilson Mozas Olivares

Mestre. Docente Centro Universitário Padre Albino, Catanduva

RESUMO

Introdução: A anatomia é tida como uma matéria imprescindível, no entanto bastante complexa. Os ambientes virtuais de aprendizagem (AVA) têm sido cada vez mais inseridos no novo cenário de ensino, sendo a *WebQuest* uma ferramenta tecnológica educacional, a qual flexibiliza o tempo dos graduandos e os induz a realizar busca ativa por conhecimento.

Objetivo: Desenvolver e avaliar um ambiente virtual de aprendizagem para o ensino de osteologia. **Materiais e método:** Pesquisa metodológica de desenvolvimento na modalidade de um estudo descritivo de abordagem quantitativa, envolvendo o desenvolvimento e a avaliação de um AVA elaborado a partir do modelo *WebQuest* curto, tendo como público alvo graduandos da primeira série do curso de enfermagem de uma Instituição de Ensino do Noroeste Paulista, tendo como referencial de avaliação a NBR ISO/IEC 14598-6 da Associação Brasileira de Normas e Técnicas (ABNT), direcionadas para medida da qualidade de *software*, a partir de quatro características: eficácia, produtividade, segurança e satisfação. Os dados foram tabulados de forma quantitativa, sendo realizadas análises descritivas, percentuais e absolutas. **Resultados:** O AVA foi desenvolvido seguindo o modelo *WebQuest* sendo composto por seis componentes, introdução, tarefa, processo, avaliação, conclusão e créditos. Os avaliadores constituiu-se por 46 graduandos, 9 peritos em informática e 11 peritos em docência. Os graduandos avaliaram o AVA satisfatoriamente, sendo que 76,4%; 77,4% e 73,2% concordaram totalmente nos quesitos eficácia, produtividade e satisfação, respectivamente. Os aspectos técnicos da *WebQuest* também obteve resultado satisfatório quanto aos quesitos eficácia, produtividade e satisfação, 85,2%; 94,4% e 74,1%. Relacionado aos aspectos pedagógicos, estes também foram bem avaliados, tendo como característica atendida pelos docentes avaliadores nos quesitos eficácia, produtividade e satisfação com 96,4%; 100% e 90,9% respectivamente. Como classificação geral em que os avaliadores podiam classificar a *WebQuest* como excelente, ótima, regular, ruim ou péssima de forma geral, a *WebQuest* foi classificada como excelente 65,2%. **Conclusão:** A elaboração da *WebQuest* como uma ferramenta da tecnologia da informação, teve como intuito auxiliar no processo ensino-aprendizagem do graduando, uma vez que este método inovador facilita na aprendizagem acerca da temática. A avaliação da *WebQuest* quanto a sua eficácia,

produtividade, segurança e satisfação foi positiva, demonstrando a acurácia e a funcionalidade desta ferramenta.

Descritores: Educação em Enfermagem; *WebQuest*; Osteologia; Tecnologia da informação.

INTRODUÇÃO

A anatomia humana é uma matéria complexa, a qual aborda as estruturas do corpo humano e suas relações¹. Seu ensino realizado por meio de cadáveres em laboratórios tem sido reduzido e em contrapartida cada vez mais são agregadas diferentes formas de ensino, como a inserção de tecnologias interativas². No ensino da enfermagem, esta é tida como extremamente importante, sendo considerada como base no processo ensino-aprendizagem, uma vez que seu conhecimento embasa a propedêutica, sendo fundamentação teórica para a posterior realização de técnicas estudadas nas matérias de semiologia e da semiotécnica¹⁻³.

A anatomia é considerada como matéria fundamental na graduação em enfermagem, uma vez que ter seu conhecimento acarreta na prática mais segura pelo enfermeiro, lhes conferindo maior segurança e competência ao desenvolver casos clínicos por meio do conhecimento científico. Um profissional com conhecimento nesta área durante sua prática à assistência desenvolve de forma mais segura às habilidades técnicas, estando embasado cientificamente na compreensão estrutural e funcional dos sistemas e estruturas, garantindo-lhe maior eficácia e uma assistência mais segura ao paciente³.

Tradicionalmente seu ensino é realizado por meio da transmissão de conhecimentos do professor ao aluno, e pela memorização das nomenclaturas anatômicas, sendo a utilização de tecnologias para o ensino de anatomia um diferencial voltado à aprendizagem crítica do aluno⁴. No novo cenário de ensino à anatomia que tem sido embutido, são diversas as formas de processo ensino-aprendizagem, envolvendo dentre elas estudos baseados em problemas, modelos sintéticos, *softwares* e as tecnologias de informação².

Em consonância a isso, a área da educação, como a graduação em enfermagem, tem utilizado métodos inovadores para o ensino como os ambientes virtuais de aprendizagem. Estes fazem uso da *internet* para o processo de ensino-aprendizagem, permitindo com que os alunos busquem por conhecimento de maneira ativa, estimulando a comunicação e a qualificação⁵.

Visto isso, a inserção destas novas maneiras para o processo de ensino-aprendizagem na graduação, impacta na formação de profissionais aptos a desenvolverem competências e alcançar novas habilidades, uma vez que estas ferramentas integram a tecnologia e diferentes mídias⁴⁻⁵. A Tecnologia de Informação e Comunicação amplia o acesso à educação, e é utilizado em atividades semipresenciais, à distância e como apoio as atividades presenciais⁶.

O Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA) torna os graduandos agentes ativos para a aquisição de conhecimentos e reflexivos por meio da utilização de recursos tecnológicos⁷. Dentre os AVA existentes, tem-se a *WebQuest*, uma ferramenta tecnológica educacional, qual flexibiliza o tempo do graduando e o induz a realizar busca ativa por conhecimento uma vez que as informações contidas nela são dispostas na *internet*, fazendo dos estudantes protagonistas durante o processo ensino-aprendizagem⁸. Ela é tida como uma forma eficaz de auxiliar os graduandos a adquirir conhecimentos, servindo como um guia para auxiliá-los por meio de *links* pré-selecionados pelos docentes⁹.

Neste contexto, considerando a complexidade e significância da disciplina de anatomia na graduação em enfermagem, e verificando a crescente implementação de tecnologias de informação e comunicação no processo de ensino-aprendizagem, com

vistas á transformações para um ensino mais atrativo e eficiente, este artigo se propôs a construir e avaliar um ambiente virtual de aprendizagem para o ensino de osteologia .

MATERIAL E MÉTODOS

Pesquisa metodológica de desenvolvimento na modalidade de um estudo descritivo, utilizando uma abordagem quantitativa, envolvendo o desenvolvimento e a avaliação de um AVA por meio da utilização do modelo *WebQuest* curto, com a finalidade de promover o ensino de osteologia a graduandos da primeira série de um curso de graduação em enfermagem de uma instituição de ensino superior do noroeste paulista.

A trajetória metodológica fundamentou-se em quatro etapas: concepção e planejamento, desenvolvimento, implementação e avaliação. A primeira etapa consistiu em caracterizar o público alvo, a escolha do tema, objetivos educacionais, conteúdo do AVA e recursos disponíveis, sendo esta considerada a base do projeto. Na segunda, que se refere ao desenvolvimento, verificou-se as mídias utilizadas, seguindo os componentes necessários para elaboração da *WebQuest* curta, proposta para realização em três aulas¹⁰. A *WebQuest* estruturou-se nos seguintes tópicos: introdução, tarefa, processo, avaliação, conclusão e créditos¹¹. A terceira etapa, de implementação, deu-se pela disponibilização da *WebQuest* na plataforma *GoogleSites*, possibilitando o acesso às ferramentas da *internet* por meio de *hiperlinks*. A última etapa, de avaliação, embasou-se no referencial de avaliação da Associação Brasileira de Normas e Técnicas (ABNT) NBR ISO/IEC 14598-6¹², direcionadas para medida da qualidade e usabilidade de *software*, a partir de três características: eficácia, produtividade e satisfação, tendo pelo menos oito usuários avaliadores para obtenção de resultados confiáveis, conforme a norma. Foi utilizado para a avaliação o instrumento adaptado de Westin¹³, sendo avaliadores do AVA três categorias: estudantes, especialistas em informática e docentes. O questionário de avaliação dos estudantes continha 20 questões com as opções sendo concordo totalmente, concordo parcialmente, nem concordo nem discordo, discordo parcialmente, discordo totalmente, sendo realizada por graduandos da primeira série do curso de graduação em Enfermagem de Instituição de Ensino Superior (IES); o questionário para avaliação referente aos aspectos técnicos continha 8 questões, e referente aos aspectos pedagógicos 10 questões, tendo como opção de resposta +1 para característica totalmente atendida, 0 para característica parcialmente atendida e -1 para característica não atendida.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em seres humanos (CEP/UNIFIPA) do Centro Universitário Padre Albino, Catanduva/SP, sob parecer número 3.027.696 em cumprimento às exigências da resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde que regulamenta as normas para a realização de pesquisas envolvendo seres humanos.

RESULTADOS

Na primeira etapa, concepção e planejamento, foi definido como público alvo estudantes da primeira série do curso de graduação em enfermagem, e como temática osteologia, haja vista sua complexidade e diversidade de nomenclaturas que os ossos possuem. Delimitado o tema e o público alvo, realizou-se uma busca por imagens para o AVA, sendo consideradas as características destas, de modo que houvessem harmonização com o tema proposto. Na seleção de textos foi considerada uma tipografia facilitadora de leitura, priorizando a legibilidade para uma adequada leitura. Durante esta etapa foi realizada a seleção de sites, sendo verificado os mais adequados à temática do estudo e ao público alvo.

A segunda etapa deu-se por meio da criação do AVA Osteologia em Enfermagem como demonstra a figura 1, deu-se por meio da ferramenta *WebQuest* curta. A *WebQuest* contém 7 TELAS, sendo; boas vindas (página inicial), contendo imagens do logo do curso, da instituição de ensino em qual a *WebQuest* foi implementada e uma imagem que remete ao tema estudado No AVA, ademais tem-se uma mensagem instrutiva sobre o acesso ao ambiente virtual.

Figura 1. Telas de exibição da *WebQuest* “Osteologia em Enfermagem”, página inicial, introdução, tarefa, processo, avaliação, conclusão e créditos. Catanduva, SP, 2019.



Após as boas-vindas, no menu superior tem-se o tópico Introdução, qual contém um texto sobre a temática anatomia e osteologia, enfatizando sua importância na graduação de enfermagem. A aba tarefa descreve o que se espera do graduando e as atividades que ele irá desenvolver, por conseguinte, no tópico processo, ficaram dispostos os *links* pré-selecionados pelos docentes, os remetendo por meio de *hiperlinks* A páginas da *Web*, e a outras plataformas como *Youtube*, sendo descrito o caminho a ser seguido para realizar posteriormente a avaliação, por meio de um questionário próprio alocado na plataforma *GoogleForms*.

No item avaliação, inicia-se a avaliação do ava por meio de um questionário baseado na ISO/IEC 14598-6¹², direcionadas para medida da qualidade de *software*, a partir de três características: eficácia, produtividade e satisfação disponível na plataforma *GoogleForms*, posteriormente a esta etapa, há os tópicos conclusão e créditos. Em conclusão está disponível um texto referente a utilização de AVA no processo ensino-aprendizagem e osteologia, e em créditos as referências utilizadas para a elaboração da *WebQuest* Osteologia em Enfermagem.

Na etapa implementação, a *Webquest* foi disponibilizada na plataforma gratuita *GoogleSites*, sendo possível acessar aos links por meio de hiperlinks dispostos na página processo, direcionando os estudantes aos recursos pré selecionados, para posterior realização das atividades propostas. Na etapa avaliação, o estudo contou com uma população de 52 graduandos regularmente matriculados na 1ª série do curso de enfermagem de uma Instituição de Ensino Superior do Noroeste Paulista. Dos quais

46(85,1%), compuseram a amostra que avaliou o AVA. Destes 86,9% eram do sexo feminino e 13,0% masculino, tendo idade de 17-20 anos 63,0%, de 21-28 anos 19,5% e com 29 ou mais 17,3%.

Quanto à eficácia, que considera a capacidade dos discentes em atingir os objetivos propostos do curso, e em relação ao item produtividade, acerca da disponibilização de meios necessários e satisfatórios para a realização das tarefas propostas, houve avaliação positiva pelos estudantes conforme demonstra a tabela 1.

Tabela 1. Categorias de medida de qualidade: eficácia e produtividade. Catanduva/SP, 2019.

Variáveis	Concordo Totalmente		Concordo Parcialmente		Não concordo, nem discordo		Discordo Parcialmente		Discordo Totalmente		Total
	n=46	f(%)	n=46	f(%)	n=46	f(%)	n=46	f(%)	n=46	f(%)	
Eficácia											
O AVA dispõe de todas funções necessárias para a execução do curso	31	67,4	11	23,9	3	6,5	1	2,2	0	0	46
O AVA é preciso na execução de suas funções	33	71,7	11	23,9	2	4,3	0	0	0	0	46
O AVA facilita o aprendizado acerca do tema	39	84,8	7	15,2	0	0	0	0	0	0	46
Há clareza de links, imagens e vídeos	39	84,7	4	8,6	1	2,2	2	4,3	0	0	46
O usuário se sente confortável utilizando o AVA	39	84,7	4	8,6	2	4,3	1	2,2	0	0	46
O vídeo esta claro e audível	30	65,2	11	23,9	3	6,5	1	2,2	1	2,2	46
Total	211	76,4	48	17,4	11	3,9	5	1,8	1	0,3	276
Produtividade											
Os recursos utilizados pelo AVA são adequados	37	80,4	9	19,5	0	0	0	0	0	0	46
O AVA permite uma boa navegação	40	86,9	5	10,8	1	2,2	0	0	0	0	46
Há facilidade para trocar de páginas e acessar os botões e menus	35	76	10	21,7	1	2,2	0	0	0	0	46
O AVA permite interação entre as unidades	31	67,3	12	26	3	6,2	0	0	0	0	46
O AVA pode ser utilizado em diversos dispositivos eletrônicos	35	76	7	15,2	4	8,6	0	0	0	0	46
Total	178	77,4	43	18,6	9	3,9	0	0	0	0	230

Na tabela 2, constam as avaliações de maneira mais detalhada dos graduandos a respeito da medida de satisfação, o qual verifica o quão satisfeitos os usuários estão com o produto em um contexto de uso, sendo estes itens avaliados positivamente pelos estudantes.

Tabela 2. Categorias de medida de qualidade: Segurança e satisfação. Catanduva/SP, 2019.

Variáveis	Concordo Totalmente		Concordo Parcialmente		Não concordo, nem discordo		Discordo Parcialmente		Discordo Totalmente		Total	
	n=46	f(%)	n=46	f(%)	n=46	f(%)	n=46	f(%)	n=46	f(%)		
Satisfação												
Quando ocorrem falhas, o AVA continua funcionando conforme o esperado	19	41,3	15	32,6	8	17,0	3	6,5	1	2,2	46	
O AVA fica acessível para uso quando necessário	37	80,4	7	15,2	2	4,3	0	0	0	0	46	
O AVA impede o acesso de pessoas não autorizadas	33	71,7	6	13,0	6	13,0	0	0	1	2,2	46	
O AVA é capaz de impedir exclusão ou alteração de informações lá armazenadas	28	60,8	7	15,2	11	23,9	0	0	0	0	46	
O AVA é de fácil navegação	39	84,7	5	10,8	2	4,3	0	0	0	0	46	
O conteúdo do AVA esta organizado de forma clara e intuitiva	35	76,0	11	23,9	0	0	0	0	0	0	46	
O design gráfico/layout das paginas é agradável ao usuário	36	78,3	8	17,4	1	2,2	0	0	1	2,2	46	
As cores foram utilizadas corretamente	37	80,4	7	15,2	1	2,2	1	2,2	0	0	46	
As unidades estão padronizadas em relação ao tipo e tamanho das letras	39	84,7	6	13,0	0	0	1	2,2	0	0	46	
Total	303	73,2	72	17,4	31	7,5	5	1,2	3	0,7	414	

Relacionado a avaliação referente aos aspectos técnicos do AVA, foi realizada por 9 avaliadores, sendo 1 administrador/Técnico em informática, 1 administrador/economista, 1 analista e desenvolvedor de sistemas, 2 tecnólogos em processamento de dados, 2 tecnólogos em gestão empresarial, 2 graduados em ciências da computação. Foi avaliado os aspectos eficácia, produtividade e satisfação sendo obtido como avaliação característica atendida nas três categorias pelos peritos, conforme tabela 3.

Tabela 3. Categorias de medidas de qualidade eficácia, produtividade e satisfação pelos peritos em informática. Catanduva, SP. 2019

Variáveis	Característica atendida		Característica parcialmente atendida		Característica não atendida		Total
	n=9	f(%)	n=9	f(%)	n=9	f(%)	
Eficácia							
Avalia a utilização do espaço da tela	9	100,0	0	0	0	0	9
Avalia nitidez, clareza e audibilidade do som	8	88,9	1	11,1	0	0	9
Avalia a proteção do acesso e dados do usuário	6	66,7	3	33,3	0	0	9
Total	23	85,2	4	14,8	0	0	27
Produtividade							

Avalia a facilidade de entrada nas páginas inseridas no AVA	9	100,0	0	0	0	0	9
Avalia facilidade para troca de páginas, orientação do usuário, funcionamento dos botões e menus	8	88,9	1	11,1	0	0	9
Total	17	94,4	1	5,6	0	0	18
Satisfação							
Avalia a escolha das cores no ambiente e contrastes entre elas	6	66,7	3	33,3	0	0	9
Avalia tamanho e tipo de letras	9	100,0	0	0	0	0	9
Avalia coerência da figura em relação ao tema e a nitidez	5	55,6	4	44,4	0	0	9
Total	20	74,1	7	25,9	0	0	27

Quanto aos aspectos pedagógicos foram avaliadas as categorias eficácia, produtividade e satisfação segundo o referencial de avaliação da Associação Brasileira de Normas e Técnicas (ABNT) NBR ISO/IEC 14598-6¹², tendo como avaliadores 4 enfermeiros mestres, 2 enfermeiros doutores, 1 enfermeiro pós doutorado, 1 enfermeiro especialista, 1 biomédica pós doutorado, 1 docente mestre de administração e estatística e 1 docente especialista de ciências biológicas. A avaliação deu-se de forma positiva, sendo verificado na categoria eficácia 96,4% de característica atendida, 100% em produtividade e 90,9% no quesito satisfação, conforme tabela 4.

Tabela 4. Categorias de medidas de qualidade eficácia, produtividade e satisfação pelos docentes. Catanduva, SP. 2019

Variáveis	Característica atendida		Característica parcialmente atendida		Característica não atendida		Total
	n=11	f(%)	n=11	f(%)	n=11	f(%)	
Eficácia							
Avalia quanto do conteúdo é relevante e atende a finalidade relativa ao tema e aos objetivos propostos	11	100,0	0	0	0	0	11
Avalia se o conteúdo está em quantidade adequada para promover o aprendizado do aluno	11	100,0	0	0	0	0	11
Avalia quanto do conteúdo apresenta profundidade suficiente para compreensão do tema	9	81,8	2	18,2	0	0	11
Avalia o quanto das atividades são relevantes e atendem a finalidade relativa ao tema e aos objetivos propostos	11	100,0	0	0	0	0	11
Avalia o quanto das atividades tem proveito e utilidade para o aprendizado	11	100,0	0	0	0	0	11
Total	53	96,4	2	3,6	0	0	55
Produtividade							
Avalia quanto do conteúdo é compreensível ao aluno	11	100,0	0	0	0	0	11
Avalia o quanto do enunciado das atividades é compreensível para o aluno	11	100,0	0	0	0	0	11
Avalia se as atividades são em número adequado	11	100,0	0	0	0	0	11
Total	33	100,0	0	0	0	0	33
Satisfação							
Avalia o quanto o ambiente promove interação	10	90,9	1	9,1	0	0	11

Avalia quanto das atividades podem auxiliar na auto-avaliação do aprendizado	10	90,9	1	9,1	0	0	11
Total	20	90,9	2	9,1	0	0	22

Ademais, foi realizada uma avaliação geral pelas três categorias sobre a *WebQuest* Osteologia em Enfermagem, sendo obtido um resultado positivo, classificando a plataforma como excelente, conforme tabela 5.

Tabela 5. Avaliação geral da *WebQuest* Osteologia em Enfermagem pelas três categorias de avaliadores, graduandos, peritos em informática e peritos em docência. Catanduva, SP. 2019.

Variáveis	Excelente		Ótimo		Regular		Ruim		Péssimo		Total
	n	f(%)	n	f(%)	n	f(%)	n	f(%)	n	f(%)	
Graduandos de enfermagem	30	65,2	13	28,3	3	6,5	0	0	0	0	46
Peritos em informática	4	44,4	5	55,6	0	0	0	0	0	0	9
Peritos em docência	9	81,8	2	18,2	0	0	0	0	0	0	11
Total	43	65,2	20	30,3	3	4,5	0	0	0	0	66

DISCUSSÃO

O advento da tecnologia trouxe inúmeras vantagens quanto aos recursos educacionais, uma vez que possibilitou a flexibilização do tempo do estudante e a democratização do conhecimento. A utilização de AVA permite ainda a construção de conhecimento por meio de atividades online e ao mesmo tempo não se faz necessário o conhecimento completo em informática, permitindo ao estudante a manipulação do ambiente virtual com conhecimentos básicos¹⁴.

No presente estudo, pode-se verificar que os graduandos sentiram-se confortáveis em utilizar um AVA para aprenderem sobre a temática osteologia, colocando também que é de fácil navegação podendo ser utilizado em diversos dispositivos eletrônicos. A utilização de AVA dinamiza as múltiplas mídias existentes e os recursos digitais disponíveis, o que desenvolve maior interação entre os graduandos e diferentes formas do processo ensino-aprendizagem¹⁵.

Assim, considera-se que o uso de tecnologias educacionais permite uma aprendizagem dinâmica, respeitando a aprendizagem individual¹⁶. Para atingir esse quesito, deve-se levar em consideração a satisfação do usuário com a ferramenta¹⁶, ponto este demonstrado satisfatório pelos graduandos, peritos em informática e em docência relacionado a *WebQuest* Osteologia em Enfermagem.

Ademais a utilização diária da tecnologia está cada vez mais embutida, estando os profissionais de enfermagem entre estes usuários. Na área da saúde a promoção de cursos e capacitações online é uma realidade vivenciada na atualidade¹⁵. A utilização de cursos online para o processo de educação potencializa a autonomia neste, sendo o responsável por grande parte da busca de seu conhecimento. Ademais, a utilização de tecnologias da informação permite verificar as reais necessidades e dificuldades relacionadas à matéria que esta sendo estudada⁴.

A ferramenta *WebQuest* pode ser tida como uma abordagem construtivista, uma vez que sugere ao aluno uma aprendizagem ativa da temática proposta, o direcionando a utilizar diferentes técnicas e ferramentas, auxiliando no processo de aprendizagem para além da memorização⁹. Na prática, foi verificado no estudo que os graduandos têm esta percepção de que utilizá-lo facilita na aprendizagem a respeito da temática de osteologia, ponto este ressaltado quando avaliado por especialistas em docência relacionado a disposição do conteúdo do AVA de maneira que fique compreensível ao estudante, tendo 100% de concordância da maneira disposta na plataforma.

Estas ferramentas impactam no desempenho do aluno, facilitando o aprendizado e o tornando mais efetivo¹⁷. A usabilidade e a funcionalidade do AVA em osteologia de enfermagem foram classificadas positivamente pelos graduandos, peritos em informática e em docência. Ambas categorias são de extrema importância e relevância diante o público alvo, uma vez que estas categorias sendo atrativas esteticamente, envolve-os mais aos conteúdos, aumentando a aceitabilidade¹⁵.

A disposição do menu e conteúdo da *WebQuest* de forma clara, remete em uma boa eficiência do AVA, permitindo o participante navegar de forma clara, item este bem avaliado pelos graduandos, ainda foi verificado de forma positiva pelos peritos em informática a facilidade de entrada nas páginas inseridas e para troca de páginas, permitindo uma melhor acessibilidade e navegabilidade, levando a um tempo de resposta satisfatório pelos usuários, impactando na produtividade. Relacionado a acessibilidade e a navegabilidade, se faz necessário o acesso de maneira fácil em computadores e até mesmo dispositivos móveis¹⁵, itens estes caracterizados adequados no estudo pelos graduandos de enfermagem e pelos técnicos de informática.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração da *WebQuest* Osteologia em Enfermagem, representa uma enorme contribuição no que se refere a educação em saúde, haja vista as inúmeras possibilidades de contribuição para construção de conhecimentos tidas por meio do uso de tecnologias da educação.

A elaboração deste AVA teve como intuito auxiliar no processo ensino-aprendizagem do graduando, uma vez que a educação tem passado por transformações para o processo ensino-aprendizagem e que atualmente os graduandos da nova geração estão cada vez mais imersos na utilização destas tecnologias, tendo como tendência outros meios de ensino além do método de ensino tradicional.

Sendo assim, verifica-se a importância de meios de ensino que ultrapassem os métodos de ensinamentos tradicionais. As tecnologias de informação e comunicação torna a aprendizagem mais dinâmica, traz possibilidades mais colaborativas e eficazes, sendo propulsora no aspecto de busca por conhecimento, uma vez que torna o aluno o protagonista.

Assim a *WebQuest* Osteologia em Enfermagem foi elaborada, sendo avaliada positivamente pelos graduandos de enfermagem, peritos em informática e em docência referente aos aspectos de eficácia, verificando que a plataforma permite que os usuários atinjam metas específicas; produtividade, demonstrando a capacidade do produto prover recursos adequados diante a temática em estudo e também foi avaliado positivamente pelas três categorias de avaliadores no quesito satisfação. De forma geral, a *WebQuest* foi classificada como excelente pelos avaliadores, demonstrando a acurácia e a funcionalidade desta ferramenta.

REFERÊNCIAS

- 1- Costa R; Almeida C; Nascimento J, et al. Contribuições da utilização do Facebook como ambiente virtual de aprendizagem de anatomia humana no ensino superior. *Redin – Rev. Edu. Inter.* 2016, 5(1).
- 2- Gondim VJT; et al. Aplicativos de anatomia humana em dispositivos móveis: uma revisão sistemática. *Motri.* 2018, 14(1): 393-7.

- 3- Eufrazio de Oliveira RC, et al. Estratégia educativa no ensino de anatomia humana aplicada à enfermagem. Av.enferm. 2018, 36(1): 31-9.
- 4- Costa R; Almeida C; Nascimento J, et al. Anato Mobile: desenvolvimento colaborativo de um sistema de aplicativos para o ensino e a aprendizagem de Anatomia Humana em cursos superiores da área da saúde. Rev. de ensino de Ciência e matemática, 2016, 18 (2):457-469.
- 5- Gadioli B; Fulquini FL; Kusumota L; Gimenes FRE; Carvalho EC. Construction and validation of a virtual learning object for the teaching of peripheral venous vascular semiology. Esc. Anna Nery . 2018; 22(4): e20180043.
- 6- Silva AC; Bernardes A; Évora YDM; Dalri MCB; Silva AR; Sampaio CSJC. Development of a virtual learning environment for cardiorespiratory arrest training. Rev Esc Enf USP. 2016; 50 (6):988-995.
- 7- Avelino CCV; Costa LCS; Buchhorn SMM; Nogueira DA; Goyatá SLT. Teaching-learning evaluation on the ICNP® using virtual learning environment. Rev. Bras. Enferm. 2017, 70(3): 602-609.
- 8- Czerwinski GPV; Cogo ALP. Webquest e blog como estratégias educativas em saúde escolar. Rev. Gaúcha de Enf. 2018, 39:e2017-0054.
- 9- Akçay A. The Opinions of the Turkish Teacher Candidates about the Webquest. Rev. Universal de Pesq. Educ. 2017; **5(11): 1986 – 1994.**
- 10- Azevedo MC; Puggian C; Friedmann CVP. Webquest fácil: um site para o ensino de matemática. Rev. de Educação, Ciências e Matemática. 2017; 7 (1):213-225.
- 11- CAAP, Barbosa LM. WebQuest: um desafio para o professor. São Paulo: Avercamp; 2008. 100 p.
- 12- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS (ABNT). NBR/ISSO/IEC 14598-6: 2004: *Engenharia de software: avaliação de produto: parte 6: documentação de módulos de avaliação*. Rio de Janeiro, 2004.
- 13- Westin UM. Avaliação da qualidade e usabilidade de um Ambiente Virtual de Aprendizagem protótipo sobre doação e transplante de órgãos. [Dissertação]. Ribeirão Preto, (SP): Doutorado em Enfermagem Fundamental/ USP; 2016.
- 14- Santos, ACZF; et al. Avaliação e desenvolvimento de ambiente virtual de aprendizagem no ensino da disciplina de Diagnóstico Oral. Revista da ABENO. 2017, 17(2):76-87.
- 15- Pereira EBF, et al. Desenvolvimento e avaliação de ambiente virtual de aprendizagem para capacitação em hipertermia maligna. rev. sobecc, são paulo. out./dez. 2017; 22(4): 180-7.

- 16- Fonseca LMM et al. Design emocional e as suas contribuições para a tecnologia educacional digital na saúde e na enfermagem: revisão integrativa. Rev. de Enf. Ref. 2015, 4(6): 141-149.
- 17- Moraes GNB; Schwingel PA; Junior EXS. Uso de roteiros didáticos e modelos anatômicos, alternativos, no ensino-aprendizagem nas aulas práticas de anatomia humana. Rev. Ibero-Americana de Estudos em Edu. 2016, 11(1):223-230.

Fábio Santos Santana

Enfermeiro, Especialista em Docência do Ensino Superior pela Faculdade Venda Nova do Imigrante
Docente no Curso Técnico em Enfermagem no Centro de Ensino Técnico em Saúde, Tucano- BA
Instituição: Centro de Ensino Técnico em Saúde

Jucely Silva Brito

Enfermeira, Faculdade Santo Antônio

Adriana Antonia de Oliveira

Enfermeira, Mestra em Planejamento Territorial e Desenvolvimento Social - UCSal
Docente da Faculdade Santo Antônio de Alagoinhas

Raíssa Millena Silva

Enfermeira, Doutora em Enfermagem/Universidade Federal da Bahia,
Especialista em Saúde Mental e Atenção Psicossocial
Docente na Faculdade de Medicina Estácio de Alagoinhas e na Faculdade Santo Antônio

Claudia Quinto Dias

Enfermeira do Trabalho, Emergencista e Obstetra.

Simone Teixeira da Luz

Enfermeira, Mestra em Ensino das Ciências da Saúde/ Universidade Federal de São Paulo,
Coordenadora do Curso de Enfermagem da Faculdade Dom Luiz de Orleans e Bragança
Instituição: Faculdade Dom Luiz de Orleans e Bragança

RESUMO

A insuficiência renal crônica (IRC) é caracterizada pela incapacidade dos rins em exercer sua principal função reguladora, os rins são responsáveis por manter o equilíbrio acidobásico, hidroeletrolíticos do corpo, exercendo papel de regulador eliminando resíduos pela urina, diante desse agravo o paciente torna-se portador de uma insuficiência renal, esta pesquisa tem como objetivo descrever a importância do enfermeiro na assistência ao usuário com insuficiência renal crônica. Para isto, realizou-se uma revisão da literatura acerca do tema, analisando as características da Insuficiência Renal Crônica (IRC), suas causas, seus sintomas e os processos de recuperação da IRC, através do método de Revisão Integrativa, foram analisados artigos que resultaram em duas categorias: Categoria 1: O Protagonismo do Enfermeiro na Prevenção de Complicações no Tratamento de Hemodiálise; e a Categoria 2: Assistência de Enfermagem no Tratamento de Hemodiálise. O papel do enfermeiro, como educador, demonstra a abordagem educativa como forma de estimular a adesão ao tratamento reduzindo a morbidade e mortalidade durante o tratamento pré-dialítico, assim minimizado o medo a angústia e a insegurança do portador. A enfermagem necessita de conhecimento técnico científico para estabelecer um plano de cuidados individualizado e prevê fatores de riscos e complicações.

Descritores: Doença Renal Crônica; Enfermeiro; Assistência de Enfermagem.

INTRODUÇÃO

A IRC consiste em uma lesão irreversível da função renal, sendo os rins responsáveis por eliminar toxinas e manter o equilíbrio hidroeletrólítico do organismo. Este problema tornou-se uma questão de saúde pública pelo número elevado da morbimortalidade e do seu alto índice de incidência e prevalência (Helena et. al., 2017).

No Brasil, a IRC tornou-se uma epidemia silenciosa e, segundo a SBN, o número de casos aumentou cerca de 135,15 % nos últimos anos. Diante desse fato, o presente trabalho tem como objetivo demonstrar a assistência de enfermagem ao portador desta doença, percebendo e identificando complicações durante o TSR e as ações de enfermagem, pois o profissional desta área atua identificando precocemente fatores de risco e orientando; hoje as principais causas da IRC são HAS e DM (Santana et. al., 2013).

Com novos métodos e tecnologias, a enfermagem buscou aprender novos manejos e formas de tratamento, buscando melhorias no cuidado ao portador da IRC. As ações de enfermagem em conjunto com novas técnicas devem proporcionar uma maior qualidade de vida ao portador, gerenciando ações e cuidados, planejamentos e intervenções, identificando as necessidades individuais e coletando dados para mensurar resultados.

À medida que a insuficiência renal avança, os pacientes podem apresentar sintomas que contribuem para a evolução do quadro. Na fase mais avançada, o seu impacto sobre o estado funcional e a qualidade de vida torna-se bastante perceptível. As terapias renais substitutivas, como a hemodiálise, amenizam parcialmente os sintomas. (Lopes et. al., 2014)

Em todas as fases do tratamento, o enfermeiro tem papel importante de orientar, conscientizar e de contribuir para a autonomia do paciente, incentivando a mobilidade e permitindo que o paciente participe do processo de valorização pessoal. (Gonzalez et. al., 2017)

Tendo em vista o tamanho da responsabilidade da enfermagem frente ao portador de IRC, se faz necessária a constante atualização profissional, considerando que a comunicação clara com o paciente para a educação em saúde deve ser realizada de maneira simples e descomplicada. O enfermeiro, dentro do processo da IRC em sua rotina de trabalho, passa constantemente por desafios e o seu papel ultrapassa o ato de orientar ou de impor, para incorporar a conscientização e a participação das pessoas a respeito da situação em que vivem ou das implicações de suas escolhas para a saúde, o que contribui para autonomia do paciente na relação do cuidar. (Helena et. al., 2017).

A participação e a valorização do paciente no recurso próprio permitem manter o controle da própria vida, conhecer suas necessidades e resolver seus problemas. Sendo assim, o profissional em enfermagem necessita de preparo especializado e conhecimento técnico-científico para identificar fatores de risco.

Chegando a IRC a níveis graves, o portador é submetido a um tratamento delicado e por tempo indeterminado, de duas a três vezes por semana, durante 3 a 4 horas por dia. Atualmente, a hemodiálise é um tratamento de substituição renal, processo fisiológico de filtração glomerular. De acordo com o manual de diálise, a insuficiência renal aguda é a diminuição glomerular (função renal), sendo esta de fácil reversão quando se há uma adesão correta ao tratamento. O mesmo que até então não se vê a necessidade de submeter o paciente a uma sessão de hemodiálise podendo-se utilizar apenas a diálise peritoneal para reversão do quadro (Brasil 2012). A IRC é definida como a perda progressiva e irreversível da função renal. (Lopes et. al., 2014)

A equipe de enfermagem presta assistência ao portador com este agravo em todas as etapas, orientando e promovendo o autocuidado, a fim de minimizar complicações, orientar e apoiar seus familiares, observar seu estado nutricional e psicológico na consulta de enfermagem. Vale ressaltar que, nos últimos anos, a nefrologia teve um crescimento

significativo, em que algumas especialidades, novas técnicas de diálise e novos tipos de tratamento e transplantes renais foram se aprimorando, no intuito de prolongar a expectativa de vida desse paciente. (Santos Fk et. al., 2018).

Dessa maneira, a enfermagem possui papel fundamental nos cuidados prestados a pacientes em diálise, seja no âmbito técnico-científico ou emocional. Estes profissionais devem saber agir na presença de intercorrências e estar dispostos ao esclarecimento de dúvidas, pois os mesmos são os profissionais mais presentes no cotidiano dos pacientes e podem proporcionar maior vínculo de confiança. Portanto, o(a) enfermeiro(a) deve planejar suas ações frente aos pacientes em tratamento hemodialítico, considerando as características dessa clientela, para que a assistência possua abrangência para atender as suas reais necessidades, utilizando técnicas e meios que conduzam a excelência no cuidado, mantendo uma assistência de enfermagem humanizada e efetiva, colaborando para a melhora qualidade de vida de seus pacientes. (Santana et. al., 2013).

O excedente acúmulo de líquido nos pacientes com a IRC em tratamento hemodialítico pode ocasionar intercorrência como hipotensão e câibras, devido à retirada de líquido e eletrólitos. Assim podem surgir alterações cardiovasculares que poderão ser severas e irreversíveis (Frazão et. al., 2014).

No início do tratamento, existe um predomínio de sentimentos depressivos, prejudicando a adaptação do paciente em processo de tratamento. Portanto, é necessário considerar cuidados psicológicos mais amplos e ativos ainda durante a pré-dialise. Como o tratamento ocasiona impacto negativo nas relações sociais, familiares e no estado físico-psicológico dos pacientes, o estresse, a angústia e a depressão pelos quais muitos desses passam são causados por carência de informações sobre a doença, seu tratamento e sua possibilidade de vida (Torchi et. al., 2014)

Desse modo, esta pesquisa tem como objetivo descrever a importância do enfermeiro na assistência ao usuário com insuficiência renal crônica. Para isto, realizou-se uma revisão da literatura acerca do tema, analisando as características da Insuficiência Renal Crônica (IRC), suas causas, seus sintomas e os processos de recuperação da IRC.

Através do método de Revisão Integrativa, foram analisados artigos que resultaram em duas categorias: **Categoria 1:** O Protagonismo do Enfermeiro na Prevenção de Complicações no Tratamento de Hemodiálise; e a **Categoria 2:** Assistência de Enfermagem no Tratamento de Hemodiálise.

Diante de tal análise, surgem como problemática deste estudo as seguintes perguntas: como o profissional de Enfermagem atua frente ao portador de IRC? Quais os cuidados de enfermagem durante a hemodiálise e na prevenção das complicações?

METODOLOGIA

Esta pesquisa realizou-se através de revisão sistemática de estudo qualitativa, baseando-se em artigos publicados na SOBEN, bibliotecas de livros em PDF, BDEF (Banco de Dados em Enfermagem), LILACS (Sistema Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde), SciELO (Scientific Electronic Library Online), da BVS (Biblioteca Virtual em Saúde), sendo os artigos publicados entre os anos de 2012 a 2017, que ajudaram a desenvolver este trabalho.

Também foi usado como instrumento de pesquisa o conhecimento acadêmico e análises sintáticas de coleta de dados. Essa modalidade de pesquisa trabalha com a vivência, com a experiência e também com a compreensão. Os critérios escolhidos foram profissionais de enfermagem, escolhidos a partir da aplicação do critério de inclusão: Como critérios de exclusão foram aplicados os seguintes: artigos que não tratasse do objetivo da pesquisa, ou estejam afastados da assistência da assistência de enfermagem. A coleta dos dados teve duração de 1 ano e 6 meses após a escolha do tema.

A busca de artigos totalizou 102 resultados, a partir da leitura inicial. Aplicando-se os critérios da pesquisa, foram selecionados 32 artigos que abordaram o tema proposto e destes foram selecionados 11 artigos, correspondentes com o objeto de pesquisa, dentro dos critérios de inclusão e exclusão para a construção desta revisão.

Como critérios de inclusão, constam artigos em português publicados na íntegra, que abordassem os cuidados e assistência de enfermagem na IRC, optando-se pelas publicações mais recentes, no período de 2012 a 2018. E, dentre os critérios de exclusão, estão artigos que não tratassem do objetivo da pesquisa, ou estivessem afastados da assistência da assistência de enfermagem artigos, não abordando o tema, ou artigos que não continham posposta relacionado ao tema.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir das informações contidas nos estudos, constatou-se que, dentre os artigos utilizados para a formulação do quadro comparativo, seis utilizaram-se de abordagem qualitativa; dez, de abordagem quantitativa; três, de estudo bibliográfico descritivo; dois, de revisão de literatura; dois, de revisão literatura exploratória; três, de revisão integrativa da literatura; três, de revisão sistemática; três, de coleta de dados e um de metodologia de estudo transversal.

Em relação à titulação dos autores observou-se que 42% são enfermeiros, 45% são acadêmicos, 1% de médicos, 8% enfermeiros doutores 4% enfermeiros mestres.

Predominou-se, no quadro comparativo, a região sudeste compreendendo a 50% do estudo, nordeste compondo 28% desta pesquisa e por fim a região centro-oeste com 22% desta pesquisa.

CATEGORIA 1: O PROTAGONISMO DO ENFERMEIRO NA PREVENÇÃO DE COMPLICAÇÕES NO TRATAMENTO DE HEMODIÁLISE.

Stumm et. al. (2016) relata em sua publicação sobre a complexidade do tratamento e suas conseqüências, o paciente necessita de apoio família, ressalta as conseqüências da hemodiálise na vida do paciente, além de descrever conseqüências físicas e psíquicas, sentimento de morte, isolamento, perda da autonomia, por isso a necessidade do apoio familiar e da enfermagem.

Gonzalez et. al. (2017) traz a importância da educação em saúde e descreve sobre a necessidade do conhecimento da patologia para detectar possíveis complicações, assim como a importância da educação em saúde para facilitar uma abordagem humanizada e educativa e possibilitar ao portador se protagonista do seu tratamento e autocuidado.

Rocha et al, (2016) relata que a hemodiálise causa alterações no cotidiano e mudanças no estilo de vida além de alterações físicas, por isso a importância da enfermagem estabelecer novos estudos e intervenções.

Augusto et. al. (2016), com o mesmo tema reforça a necessidade do conhecimento técnico científico e faz um estudo sobre como identificar complicações e diagnósticos, e como aplica a taxonomias de enfermagem no desenvolver do tratamento, descreve a sobrecarga na diálise peritoneal realizada em domicílio e a sobrecarga para a família. O autor realiza coleta de dados por meio de um roteiro aplicado em domicílios, compondo dados sociodemográficos e clínicos sobre o tratamento dialítico e pelo roteiro do exame físico. Assunção et. al. (2016), descreve os cuidados e como a enfermagem deve promover conforto no tratamento e com deve ser a evolução e as orientações passadas para o portador e familiares, a fim de prevenir possíveis complicações durante o tratamento. A enfermagem priorizar os cuidados a fim de combater danos causados no TSR, na atenção primária ou hospitalar aplicando a sistematização.

Santana et. al. (2013), descreve o papel da enfermagem e como devem ser realizados os cuidados para evitar complicações na hemodiálise. Descreve o papel da enfermagem nas unidades de nefrologia as ações e como identifica complicações, o enfermeiro deve sustentar o cuidado com foco principal dentro das normais e rotinas.

Martins et. al. (2017), cita a importância de esclarecer dúvidas aos familiares e pacientes, descreve as dificuldades durante a sessão de hemodiálise, e como evita complicações, o tratamento e contínuo não apenas nas sessões, mas no dia a dia, as mudanças de hábitos de vida implicam nos resultados.

Lucena et. al. (2017), relata sobre principais cuidados na hemodiálise, para facilitar o tratamento e prevenir complicações na TSR. relata a importância da NIC, e da monitorização hídrica e hipovolêmica, e como a enfermagem deve se aprofundar com estudos clínicos para ter subsídios e estruturas para contribuir com uma boa assistência.

CATEGORIA 2: ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO TRATAMENTO DE HEMODIÁLISE.

Machado et. al. (2014), relata sobre a mudança na vida do portador e como a enfermagem deve estabelecer estratégias para o enfrentamento do TSR, e conviver com uma qualidade de vida adequada, concluindo que, para o tratamento ser bem sucedido, o paciente deve aceitar o tratamento, necessitando de motivação dos familiares.

O tratamento dialítico prolonga a vida do paciente e provoca alterações estressantes na autoimagem, assim como problemas psicológicos que dificultam na aceitação ao tratamento, além de afeta a capacidade vital, o impacto é negativo e possuem uma gravidade em pacientes dialíticos, alterando sua força vital e comprometendo seu metabolismo, esse impacto negativo afeta seu aparelho respiratório e sua rotina diária.(Caracas et. al., 2017).

Alves et. al. (2017) descreve a importância do conhecimento sobre a doença, facilitando a escolha das ações de enfermagem, influenciando nos resultados e na eficácia e na adaptação do portador ao tratamento. Oliveira et. al. (2010) descreve a importância de o doente compreender sobre a doença, a fim de identificar e prevenir alterações e complicações. O mesmo ressalta ainda a reação do indivíduo ao descobrir sobre a doença, a falta de informação acarreta incertezas e até medo da morte, por conviver com uma doença que não tem cura.

Nobre et. al. (2017) enfatiza a importância de uma atuação primária, a necessidade de novos estudos e de um atendimento multiprofissional, visando melhorar a qualidade de vida dos portadores de IRC. Diante dos resultados obtidos,

Almeida et. al. (2012) concluiu que a DRC está acometendo diferentes faixas etárias, a rotina do indivíduo é árdua afetando sua qualidade de vida causando isolamento social, trazendo sentimentos de medo e angústia, por isso a necessidade de criar instrumentos para avaliar, técnicas e formas de atendimento.

O aprofundamento e o conhecimento da doença e estudos clínicos são essenciais para a equipe detectar complicações e promover uma boa assistência no tratamento de hemodiálise, além disso, o auto descrever sobre a satisfação do paciente em relação aos cuidados de enfermagem, o perfil dos enfermeiros nas unidades de terapia, uma forma de conhecer e avaliar a satisfação do paciente e dos familiares o autor utiliza instrumentos com (ISP) instrumento de satisfação do paciente.

Bomtempo et. al. (2015) descreve a importância do SAE para uma evolução clínica satisfatória e a importância de que o paciente compreenda a doença. Não somente o paciente, mas os familiares devem estar envolvidos no tratamento, pois a família muda seus hábitos de vida para cuidar do ente com a doença e a enfermagem deve incluir a família no

decorrer do tratamento de forma clara e objetiva, para obter bons resultados no tratamento, sendo grande a importância de promover um ambiente tranquilo.

Cruz et. al. (2017) ressalta no seu artigo como devem ser as práticas clínicas na unidade de terapia intensiva, descrevendo a importância do conhecimento dos enfermeiros na emergência e nas unidades de terapia intensiva para evitar agravos e intercorrências. A enfermagem deve manter um contato direto com o portador para melhor assistência, pois os principais fatores para rejeição ao tratamento e a falta de conhecimento sobre a doença. (Azevedo et. al., 2015)

É dever do profissional de enfermagem prestar cuidados ao paciente com limitações físicas e psicológicas, por isso é importante estabelecer estratégia de orientação em grupo, e a importância da equipe multidisciplinar para promover uma boa qualidade de vida. Os fatores associados qualidade de vida influencia no tratamento, como sexo, idade, práticas religiosas e níveis de escolaridade. (Costa et. al., 2016)

Muniz et. al. (2015) descreve a importância da enfermagem para solucionar e minimizar problemas no tratamento, integrada à implementação nas ações de enfermagem.

Aguiar et. al. (2017) destaca a importância de implementar protocolos nas unidades de diálise, a fim de evitar possíveis danos e infecções por meio de práticas negligentes.

A consulta de enfermagem é importante antes das sessões de hemodiálise, principalmente para realizar medidas preventivas para possíveis infecções, e orientar sobre as mudanças de hábitos de vida e melhorar a qualidade de vida do portador. (Oliveira et. al., 2016)

A IRC cresce a cada ano, segundo os resultados do censo de diálise realizado pela sociedade brasileira de nefrologia (SBN) o maior acometimento da IRC acontece em indivíduos de 19 a 64 anos de idade com predominância do sexo masculino, nos últimos anos com a evolução tecnológica vão aparecendo novas formas de tratamento, o baixo conhecimento do profissional sobre o assunto continua sendo outro fator determinante na qualidade de vida e na aceitação do TSR dos portadores. A enfermagem na hemodiálise, deve ser abordada de forma holística e humanizada prestando cuidados para evitar possíveis agravos. (Santos et. al., 2018)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O papel do enfermeiro, como educador, demonstra a abordagem educativa como forma de estimular a adesão ao tratamento reduzindo a morbidade e mortalidade durante o tratamento pré-dialítico, assim minimizado o medo a angústia e a insegurança do portador. A necessidade de realizar TRS pode gerar sofrimento ao portado com IRC em tratamento dialítico, especialmente no que se refere à diminuição da qualidade de vida.

A enfermagem necessita de conhecimento técnico científico para estabelecer um plano de cuidados individualizado e prevê previamente fatores de riscos e complicações. O presente estudo constatou, dentre os artigos pesquisados, as principais complicações no processo do cuidado e principais complicações no tratamento de substituição renal a hemodiálise e como o profissional de enfermagem acompanha o portado de IRC nas sessões de hemodiálise.

Compreende-se que existe a necessidade da realização de estudos mais aprofundados sobre a importância do enfermeiro antes das sessões de hemodiálise e frente aos cuidados com o portador, com a finalidade de identificar as complicações que acometem esses pacientes e quais intervenções específicas de acordo com cada intercorrência.

É importante que os profissionais de enfermagem conheçam a fisiopatologia e as características clínicas e aprofundando o conhecimento sobre as reais complicações do tratamento dialítico em portadores com IRC.

IMPLICAÇÕES PARA ENFERMAGEM

A enfermagem possui papel fundamental nos cuidados prestados a pacientes em diálise, seja no âmbito técnico-científico ou emocional, portanto se faz necessária a constante atualização profissional com a temática.

REFERÊNCIAS

ASSUNÇÃO, Kaiomax Renato Ribeiro. Cuidados de enfermagem aos pacientes com insuficiência renal crônica no ambiente hospitalar. São Paulo: Revista.Recien.2016;6(18):26.35<<http://www.recien.com.br/index.php/Recien/article/view/159>>. Acessado em 05 julho 2017

AZEVEDO, S.M; SANTOS, C.M.; AZEVEDO, A.S. Assistência De Enfermagem ao Paciente Portador de Insuficiência Renal Crônica: Análise do Binômio Enfermeiro– PORTADOR DE IRC FRENTE ÀS COMPLICAÇÕES DA DOENÇA.Perspectivas online. Campos dos Goytacazes: 2015. P 11-34. Disponível em: http://www.seer.perspectivasonline.com.br/index.php/biologicas_e_saude/article/view/759 . Acessado em 07 jun. 2016.

BRASIL, Ministério da Saúde. Programa HiperDia. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <http://hiperdia.datasus.gov.br> . Acesso em: 14 ago. 2017

BRUNNER LS, SUDDARTH DS. Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgico. Cuidados básicos ao indivíduo hospitalizado; 10th ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

FERRON Myriam Jordi Rancano. Grande atlas do corpo humano; São Paulo Barueri 2007. HIGA Karina; TAVARES Kost Michele. Saúde entendendo as doenças, A enciclopédia da família; São Paulo, 2007.

LIMA, Luisa Rodrigues de; COSENTINO, Susane Flôres; SANTOS, Adriane Marinês dos; STRAPAZZON, Monica; LORENZONI, Angélica Martini Cembranel. Percepções dos familiares frente ao cuidado com paciente em diálise renal. Revista de Enfermagem UFPE, Recife, jul. 2017. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=32337&indexSearch=ID> Acessado em 05 jul 2017.

MACHADO, Gabriela Rocha Garcia; PINHATI, Fernanda Romanholi. Tratamento de diálise em pacientes com Insuficiência Renal Crônica. Cadernos UniFOA, Volta Redonda, n. 26, p. 137-148, de. 2014. Disponível em: <http://revistas.unifoa.edu.br/index.php/cadernos/article/view/193>. Acessado em 07 jun. 2016.

MASCARENHAS, Nildo Batista; PEREIRA, Álvaro; SILVA, Rudval Souza da; SILVA, Mary Gomes da. Sistematização da Assistência de Enfermagem ao portador de Diabetes Mellitus e Insuficiência.Renal.Crônica. REBEn, Brasília, 2010. V. 64, p. 203-8. Disponível em:<<http://www.redalyc.org/html/2670/267019462031>> Acessado em: 04 julho. 2017

MENDES KDS, SILVEIRA RCCP, GALVÃO CM. Revisão Integrativa: Método De Pesquisa para a Incorporação de Evidências na Saúde e na Enfermagem. Texto Contexto Enferm,

Florianópolis, 2008 Out-Dez; 17(4): 758-64. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000400018>. Acesso em 18 jun 2017.

NANCY E. Smith, BARBARA Kuhn Timby. Enfermagem medico-cirúrgica; ed. 8^a São Paulo: Barueri, 2005.

OLIVEIRA, Ivone Braga de. Rejeição crônica do transplante: expressão de citocinas e fatores de crescimento no enxerto renal. FAPESP. São Paulo, nov. 1998. Disponível em <<http://www.bv.fapesp.br/pt/auxilios/11391/rejeicao.cronica.do.transplante.expressao.de.citocinas.e.fatores-de-crescimento-no-enxerto-renal>>. Acesso em: 07 jun.2016.

Revista gaúcha de enfermagem. Fatores que influenciam a adesão ao tratamento na doença crônica: o doente em terapia hemodialítica. Porto alegre-RS, Brasil, 2008. Disponível em: <<http://www.seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/7638>>. Acessado em: 04 julho. 2017

ROMÃO JR., João Edígio. Doença Renal Crônica: Definição, Epidemiologia e Classificação. Jornal Brasileiro de Nefrologia. São Paulo, 2004 Disponível em: <<http://www.jbn.org.br/details/1183/pt-BR>>. Acesso em: 14 ago. 2017

SANTANA, Suellen Silva; FONTENELLE, Taynnkelle; MAGALHÃES, Larissa Maciel. Revista Científica do ITPAC. Assistência de Enfermagem Prestada aos Pacientes em Tratamento Hemodialítico nas Unidades de Nefrologia. Araguaína, v.6, n.3, Pub.5, Julho 2013. Disponível em: <<https://www.itpac.br/arquivos/Revista/63/5.pdf>>. Acessado em 05 julho 2017.

SANTOS FK; Gomes AMT; Rafael RMR; et al. A satisfação dos pacientes com o cuidado de enfermagem na hemodiálise. Rev Fund Care Online. 2018 abr/jun; 10(2):432-440. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i2.432-440>>. acessado em 03 abril 2017.

SILVA, Gilvânia da; NÓBREGA, Jéssica Yasmine de Lacerda; NÓBREGA, Andressa Lacerda; ARAÚJO, Rayanne Lima Dantas de; SILVA, Narcaangela Queiroga da; NÓBREGA, Márcia de França; COSTA, Runbenia de Oliveira e ALMEIDA, Isidro Patrício de. Percepção de portadores de doença renal crônica com relação ao tratamento hemodialítico. Revista Index. Pombal - PB - Brasil v. 9, n. 1, p. 23-30 Jan. – jun., 2015. Disponível em: <<http://www.gvaa.com.br/revista/index.php/INTESA/article/viewFile/3173/2849>>. Acesso em: 07 jun. 2016.

Sociedade brasileira de nefrologia, 2010. Tratamento conservador. Disponível em: <<https://sbn.org.br>> Público. Acessado em 05 julho 2017.

UAEM REDALYC.ORG. Qualidade de Vida de Pessoas Com Doença Renal Crônica em Tratamento Hemodialítico. São José do Rio Preto – SP -BRASIL 2005 setembro-outubro disponível em: <<http://www.redalyc.org/html/2814/281421849010>>. Acessado em: 04 julho. 2017

Simone Elenir Torquato

Acadêmica Enfermagem – Universidade do
Vale Itajaí - Univali

Juliana Vieira de Araújo Sandri

Dd^a. Enfermeira – Docente da Universidade do
Vale Itajaí - Univali

RESUMO

O presente estudo retrata o risco do Ato Transfusional realizado pelo profissional de enfermagem em ambiente hospitalar. A hemotransusão consiste na transferência de sangue ou de um dos seus componentes através da administração endovenosa de um indivíduo doador para um receptor e a terapêutica traz riscos intrínsecos e extrínsecos que demandaram a criação de políticas públicas de saúde. Atualmente, a Portaria 158/16 MS/GM é o regulamento técnico vigente que recomenda as boas práticas em todo o ciclo do sangue. Objetivo: Analisar o ato transfusional realizado pelo profissional de Enfermagem em ambiente hospitalar quanto aos riscos, embasados na observância da Portaria 158/16. Metodologia: Pesquisa descritiva de abordagem quantitativa de natureza aplicada por estudo de campo, realizada num hospital da macrorregião da Associação dos Municípios da Foz do Rio Itajaí, no qual foi aplicado um instrumento baseado na escala de *Likert* aos profissionais de enfermagem atuantes na terapêutica transfusional. Para a análise, as questões foram divididas por etapa de desenvolvimento, sendo: Antes, Durante e Depois do ato transfusional. Resultados: Na primeira análise, o estudo evidenciou que 57,14% preenchem o requisito de qualificação/habilitação e desenvolvem os cuidados necessários com boa margem de segurança. No que abrange os cuidados a serem realizados durante a hemotransusão, observou-se que a assistência de enfermagem tem fragilidades na avaliação periódica do enfermeiro, no tempo em o hemocomponente pode ser mantido em ambiente sem estar sendo transfundido e no tempo total da hemotransusão. Referente as atividades a serem executadas ao término do ato transfusional, o estudo mostrou vulnerabilidade na aferição dos sinais vitais, segurança referente a evolução de enfermagem e fragilidades no seguimento investigativo nos casos de reações transfusionais. Conclusão: O estudo possibilitou identificar que alguns mecanismos exigidos são desenvolvidos em boa margem de segurança enquanto outros há vulnerabilidades para eventos adversos o que permite dizer que há acréscimo de riscos na prática da assistência. Dos requisitos pesquisados exigidos na Portaria GM/MS nº 158/16 para o ato transfusional, nenhum é cumprido em todas as vezes que acontece a Hemotransusão.

Descritores: Transusão Sanguínea. Enfermagem médica e cirúrgica. Segurança do paciente.

INTRODUÇÃO

O presente estudo retrata o risco do ato transfusional realizado pelo profissional de enfermagem em ambiente hospitalar. A estrutura do estudo foi amparada no arcabouço histórico da hemotransfusão no âmbito da saúde até a intervenção do governo por meio da criação de políticas públicas instituídas em leis e portaria^{1,2,3}.

Tendo em vistas os lócus assistenciais^{4,5}, elucida-se que uma Portaria é um Ato Normativo expedido por uma autoridade competente e seu descumprimento pode gerar consequências processuais ao profissional⁶.

O interesse pelo tema surgiu a partir da minha experiência profissional como Técnica em Enfermagem por quase duas décadas, porque por muitas vezes observei o processo Hemotransfusional e suas complicações⁷, culminando na concepção que a etapa mais criteriosa do processo é a assistência à beira de leito, pois esta é a última etapa para se evitar reações preveníveis⁸.

O sangue é um tecido conjuntivo líquido que atua como transportador e viabiliza a vida ao organismo⁹. O Ato Transfusional é o período compreendido entre a indicação e prescrição do hemocomponente⁸ por um profissional médico, abrangidos por todas as etapas burocráticas¹ até a hemotransfusão^{10,11}.

Por sua vez, a hemotransfusão consiste num transplante clínico irreversível^{9,12} de células vivas transferidas por administração endovenosa do sangue ou de hemocomponente de um indivíduo doador para um receptor¹. O ciclo peri-transfusional é estendido até 24 horas após o término¹ da hemotransfusão devido aos riscos de reações contidas neste período consideradas reações imediatas.

Devido ao valor de sua função⁹ e possibilidade de remoção do corpo humano sem grandes prejuízos a pessoa doadora^{1,13}, o sangue foi introduzido na prática da medicina por volta do século XVII, dividindo-se historicamente em duas eras sendo: pré-científica caracterizada por condutas empíricas e era científica a partir da descoberta e descrição do sistema circulatório, ABO e Fator Rh^{3,14}.

O percurso histórico revelou que a terapêutica incidiu em várias modificações devido as condutas empíricas e despóticas¹⁵ que permeavam a prática transfusional, ora havia benefícios e ora malefícios que comumente resultando na morte dos receptores^{3,15}.

Este cenário ambíguo fez o governo brasileiro considerar a medicina transfusional como uma questão de segurança nacional^{3,14} e produzir políticas públicas para o setor a partir da década de 40^{2,3}. Todavia, somente na década de 80 a terapêutica foi alavancada por instituições de leis e Portarias que visam regulamentar todo o ciclo do sangue^{2,3}.

Apesar do avanço científico, a terapêutica mantém os riscos intrínsecos^{1,2} relacionado a resposta adversas do organismo e transmissão de doenças^{1,10} e riscos extrínsecos relacionado a arbitrariedade da conduta humana^{16,17} em todo o ciclo do sangue¹.

Por se tratar de um transplante de células vivas, o Ministério da Saúde diz que o uso de Hemocomponentes necessita de Tecnologia de ponta e Recursos Humano altamente especializados¹¹, tornado assim a qualificação profissional em requisito base para evitar Erros, *Near Miss* e Incidentes⁷ com ou sem danos no percurso da assistência⁷.

Todavia, a qualificação/habilitação profissional não é garantia de segurança ao receptor porque a hemoterapia é inerentemente perigosa¹. Obviamente, no percurso da assistência as reações transfusionais podem ser diagnosticadas precocemente e procedido intervenções adequadas^{5,18}.

Em prol disto a Portaria GM/MS nº 158 de 2016, institui condutas a serem seguidas em todo o ciclo do sangue, incluindo a assistência dos profissionais de enfermagem no ato transfusional. Estes cuidados se não aplicados poderão trazer inúmeras consequências para a saúde do receptor.

Sobre os cuidados, Moura e Magalhães (2013, p. 66), relatam que nos hospitais a

enfermagem configura a principal “fonte de assistência e apoio aos pacientes e familiares nos momentos mais vulneráveis de suas vidas, desempenhando um papel central nos serviços fornecidos aos pacientes”, isto expede um peso muito grande a estes profissionais que diferentemente de outros profissionais, a enfermagem permanece 24 horas lado a lado com o paciente^{5,19}.

O objetivo da pesquisa foi analisar o Ato Transfusional realizado pelo profissional de Enfermagem em ambiente hospitalar quanto aos Riscos, embasados na observância da Portaria GM/MS nº 158/16.

Embora a equipe de enfermagem atuem integralmente no ato transfusional¹, cabe ao Enfermeiro a posição de gestor de segurança com a responsabilidade de assegurar os resultados esperados^{4,5}, do contrário a própria assistência prestada pode ser o agente agravante.

METODOLOGIA

TIPO DE ESTUDO/ABORDAGEM

Trata-se de uma pesquisa descritiva com abordagem quantitativa de natureza aplicada que objetiva “gerar conhecimento para aplicação prática e específica, úteis para o avanço da ciência. Envolve verdades e interesses universais⁴⁰.”

POPULAÇÃO/ AMOSTRAGEM

Os participantes da pesquisa foram profissionais de Enfermagem: Enfermeiros, Técnicos de Enfermagem que atuam no Ato Transfusional em unidades de internação hospitalar médica/cirúrgica, em um determinado hospital da 9ª. Macrorregião de saúde do Estado de Santa Catarina.

Critérios de inclusão

Profissionais de enfermagem que executam o ato transfusional nos três turnos de trabalho (matutino, vespertino e noturno), independentemente do tempo de formação profissional e que estejam atuando em unidades de clínica médico/cirúrgica e os profissionais da agência transfusional por serem estes os responsáveis pela instalação do hemocomponente nas unidades descritas.

Critério de exclusão

Profissionais que estiverem de férias, folgas, atestados, licenças ou não se encontrarem em sua unidade no momento da pesquisa.

Amostra

A população foi composta de 200 profissionais atuantes no ato transfusional em clínica médico/cirúrgica, dos quais, 112 profissionais (56%) após esclarecidos sobre os aspectos éticos/legais e finalidades da pesquisa, aceitaram participar do estudo.

LOCAL DA INVESTIGAÇÃO

A pesquisa foi realizada em um Hospital geral da 9ª. Macrorregião de saúde do Estado de Santa Catarina, abrangendo a região da AMFRI (Associação dos Municípios da Foz do Rio Itajaí), localizado na cidade de Itajaí, considerado referência, e de alta complexidade, cuja média de atendimento é em torno de 600 mil atendimentos/ano.

O Hospital conta com uma Agência Transfusional composta por uma equipe

multidisciplinar da qual há o profissional médico Hemoterapeuta, Biomédico, Enfermeira e técnicos em enfermagem.

Nesta instituição a prescrição médica é realizada via sistema Tasy e sinaliza a agência transfusional que dá início aos procedimentos peritransfusionais. Um dos profissionais da agência se dirige a unidade e certifica-se que o hemocomponente sinalizado esteja de acordo com a prescrição médica de forma clara e inteligível, o termo de consentimento para a hemotransfusão deve ser assinado e o paciente orientado e esclarecido quanto ao procedimento. Procedese a coleta de sangue para os exames laboratoriais necessários e a identificação do paciente por uso do bracelete específico.

Após a liberação da bolsa, o próprio profissional da agência instala o hemocomponente e deixa o paciente sob a responsabilidade da equipe de enfermagem da unidade. Ao término do procedimento a agência transfusional é comunicada e o profissional retorna na unidade para retirar a bolsa do hemocomponente, porém se o profissional de enfermagem da agência estiver ocupado, ou nos casos de reações transfusionais o profissional da Unidade fica responsável pela retirada da bolsa.

PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

Após a obtenção da aprovação do CEP-Univali, foi realizado contato com a coordenadora da educação continuada do hospital para obtenção do acesso ao público alvo. Por exigência da coordenação geral de enfermagem, o tempo estipulado para coleta de dados foi de 03 de novembro à 20 de dezembro de 2016. Dentro deste período, procedeu-se visita a agência transfusional da instituição a fim de se conhecer o processo do ato transfusional para as unidades de clínicas médica/cirúrgica, e, visitou-se as coordenadoras de unidades para programação de data e horário mais propício para abordagem da equipe de enfermagem de cada setor. Acordado o cronograma, este permaneceu flexível à disponibilidade das equipes e remanejamento da data devido atividades laborais intensas.

Na data e horário proposto, foram abordados os profissionais de enfermagem, em que, inicialmente explicou-se a finalidade do estudo, objetivos e explanado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), posteriormente foi convidado os interessados a participar da pesquisa, uma vez definida a participação, foi entregue o TCLE para leitura individual e assinatura, bem como o instrumento de pesquisa, o qual foi previamente explicado acerca do processo de preenchimento.

INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

Para realizar a pesquisa, elaborou-se um instrumento de coleta de dados embasados na escala de *Likert* respaldado na Portaria GM/MS nº 158 de 04 de fevereiro de 2016 publicada no Diário Oficial da União nº 25 em 05/02/16, contidas no Capítulo I artigo 12, Seção VII, Seção XII artigos 191 -197 e Seção XIII artigos 206 – 207.

De acordo com as instruções fornecidas, cada um dos itens correspondentes ao ato transfusional listados, receberam do entrevistado um escore, definido conforme a escala de *Likert* que permite medir as atitudes e conhecer o grau de conformidade do entrevistado com qualquer afirmação proposta. O instrumento de avaliação teve atribuições numéricas que assinalaram 5 (cinco) níveis de respostas que possibilitaram análise de conformação.

O questionário conteve perguntas objetivas onde o profissional de enfermagem teve a escolha de responder as questões por meio de escala utilizada de 01 a 05, sendo o Grau de conformidade da ação: (01) Não desenvolvida; (02) Pouco desenvolvida; (03) Parcialmente desenvolvida; (04) Muito desenvolvida; (05) Integralmente desenvolvida.

As respostas obtidas nos Graus de conformação (01), (02) e (03) foram consideradas

como padrão de segurança prejudicada, enquanto as respostas obtidas nos Graus (04) e (05) foram consideradas como padrão de segurança mantido pelos profissionais.

Após, estas foram transferidas para uma planilha do Microsoft Office Excel – Windows versão 10, com a numeração correspondente a cada questionamento e analisadas conforme a escala de 01 a 05, respectivamente.

VARIÁVEIS DO ESTUDO

As variáveis são as características ou qualidades que pode tomar/adotar diferentes valores, podendo ser qualquer característica de uma pessoa, grupo ou determinada situação e que podem ser classificadas de acordo com o papel que desempenham.

As variáveis desta pesquisa quanto aos participantes foram:

- Categoria profissional: Significa responder enfermeiro, técnico de enfermagem ou auxiliar de enfermagem.
- Turno de Trabalho: As opções correspondem ao horário de trabalho no hospital sendo eles matutino, vespertino e noturno.
- Tempo de experiência profissional em anos: Envolve o tempo em que o profissional exerce suas atividades laborais dentro de sua formação.

Variável quanto ao Ato Transfusional (Percepção quanto a transfusão):

- Simples/segura: Compreende-se como um procedimento simples de ser realizado e que não acarreta riscos.
- Simples/riscos: Compreende-se como um procedimento simples de ser realizado que contém riscos relacionados intrinsecamente ao sangue e extrinsecamente aos processos transfusionais que podem afetar ou agravar a clínica do paciente.
- Complexa/segura: Classificado como um procedimento complexo, ou seja, que tem um conjunto de procedimentos obrigatório em cada etapa do ciclo do sangue que exige conhecimento técnico/específico para que o sangue seja considerado apto para passar a próxima etapa e mantém interdependência para realização da hemotransfusão, e seguro quer dizer que são isentos de riscos para o paciente. (ANVISA, 2015; BRASIL, 2016)
- Complexa/riscos: Classificado como um procedimento complexo, ou seja, que tem um conjunto de procedimentos obrigatório em cada etapa do ciclo do sangue que exige conhecimento técnico/específico para que o sangue seja considerado apto para passar a próxima etapa e mantém interdependência para realização da hemotransfusão, e que oferta riscos relacionados intrinsecamente ao sangue e extrinsecamente aos processos transfusionais que podem afetar ou agravar a clínica do paciente. (ANVISA, 2015; BRASIL, 2016).

PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DOS DADOS

Após a compilação dos dados para obtenção da frequência absoluta e relativas das respostas emitidas no instrumento, a análise foi dividida em: a) dados de caracterização dos profissionais, b) a percepção com relação riscos/segurança da hemotransfusão e c) com o grau de desenvolvimento alegado referente ao processo transfusional descrito pela escala de *Likert*.

Para análise do grau de desenvolvimento dos condicionantes assistencial obrigatório, as questões foram classificadas em conformidade com as etapas que abrange o processo do ato transfusional, sendo: a) Antes – ações que devem ser realizadas antes do transplante clínico propriamente dito; b) Durante – ações assistências que devem ser realizadas e mantidas enquanto durar a hemotransfusão e c) Depois – ações que devem ser ter continuidade após o término ou interrupção do Ato Transfusional.

Os dados quantitativos da escala de *Likert* foram analisados por frequência simples

e absoluta na planilha Excel e apresentados em gráficos.

Ponderando o fato que a terapêutica transfusional é complexa e de riscos, a identificação do grau desenvolvimento das atividades laborais classificadas como oferta de riscos foram os graus I, II, III, e de segurança os graus IV e V, fazendo-se exceção para as questões 8, 9 e 11 do instrumento onde o risco abrangeu os graus III, IV e V, e a segurança se deteve nos graus I e II.

Devido a necessidade de um ponto de corte para o estudo, convencionou-se que a quantificação obtida através dos gráficos com percentil $\geq 60\%$, permitirá a afirmação de Segurança ou Risco devido a assistência.

A validação deste percentil para o estudo nasceu da compreensão de que este representa mais da metade da equipe produzindo ou não um desenvolvimento significativo da ação exigida. Para exemplificar a compreensão, podemos dizer que: Se um total de 100% representasse 10 profissionais e 6 sempre desenvolvesse plenamente uma ação, teríamos o cuidado com grau de desenvolvimento pela maioria, por outro lado, se 5 profissionais mantivessem o desenvolvimento e 5 não, a visibilidade percentual mostra segurança prejudicada na assistência com necessidade de se repensar os processos.

Dado a necessidade do ponto de corte para o estudo, mantivemos a compreensão que a margem percentual que estiver entre 50 -59%, será considerada como segurança prejudicada. É importante mencionar que as questões deixadas em branco não foram quantificadas para análise, pois é possível se compreender que estas podem representar uma dúvida do próprio profissional da qual ele mesmo não executaria e/ou não observa a ocorrência na prática assistencial.

ASPECTOS ÉTICOS

O respeito pela dignidade da pessoa humana exige que toda pesquisa envolvendo seres humanos ocorra dentro dos padrões éticos e científicos fundamentais conforme o que determina a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/12 sobre pesquisa envolvendo seres humanos.

Todos os participantes pesquisados tiveram acesso, antecipadamente, à finalidade do estudo por meio da assinatura do TCLE, momento em que as dúvidas foram esclarecidas. Após assinatura uma cópia ficou com a pesquisadora e outra com o pesquisado, é importante mencionar que houve entrevistados que não aceitaram ficar com a cópia que lhe era de direito.

O Projeto de Pesquisa foi cadastrado no SISNEP, submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UNIVALI (Anexo 02), sob o parecer nº1.759.301. Após a aprovação, o termo consubstanciado do CEP-UNIVALI com a aprovação do projeto de pesquisa da Plataforma Brasil/CONEP, foi apresentada a instituição para que se obtivesse o acesso a equipe de enfermagem a fim de coletar os dados.

Durante a pesquisa foi garantida a todos os participantes sua desistência a qualquer momento, sem que essa decisão implicasse em prejuízos de qualquer natureza para a informante. O aceite para participar da pesquisa foi espontâneo, sem remuneração ou prejuízo de ambas as partes.

O Termo de compromisso da equipe de pesquisas envolvendo seres humanos foi anexado por nós, pesquisadores, na Plataforma Brasil possui conteúdo idêntico ao que foi preenchido nos campos disponíveis na própria Plataforma Brasil, a fins de análise pelo Comitê de Ética, a versão do Projeto gerada automaticamente pela Plataforma Brasil no formato "PDF", intitulada "PB Informações básicas do projeto" é idêntica à versão do Projeto anexada por nós pesquisadores.

Durante todo o processo de pesquisa os dados foram mantidos em sigilo e manuseados somente por envolvidos na pesquisa. Os resultados da pesquisa foram

apresentados no Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade do Vale do Itajaí.

Riscos

Os riscos possíveis foram relacionados a: desautorização da fonte de coleta de dados, o instrumento não continha identificação dos profissionais, ainda assim previmos situação de constrangimento durante a coleta de dados, todavia, isto não ocorreu.

Benefícios

Pode-se ter como benefícios a ampliação do conhecimento sobre o cumprimento da Portaria GM/MS nº 158/16 quanto a Segurança e os Riscos das práticas do ato transfusional.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

A segurança do paciente no cenário do cuidado provém de um conjunto¹⁸ de elementos que permeiam a assistência a fim de reduzir os riscos²⁰ de danos desnecessários ao mínimo possível¹⁰. Enquanto os Riscos são o resultado da situação de vulnerabilidade somado a ameaça existente.

Refletindo sobre a segurança hemotransfusional^{1,11}, é possível afirmar que a assistência de Enfermagem por melhor^{4,5,21} que seja, não pode ser considerada garantia de sucesso para a terapêutica, porque esta (a segurança) se inicia com a Honestidade dos doadores^{1,22}, pois a testagem do sangue doado abrange apenas algumas doenças de impacto epidemiológico¹. Portanto, caso o doador omita ou desconheça^{1,11} ser ou estar doente, o sangue doado poderá ser o agente causador de futuras doenças ao receptor²³.

O descrito acima corrobora a existência dos riscos intrínsecos. Gamermann (2017) narra que nas últimas décadas os riscos existentes diminuíram para as doenças que são realizados testes. Goldman e Schafer (2014), concordam com o contexto, mas trazem a atenção a transmissão de patógenos que não são testados como, por exemplo, o Parvovírus B19 e variante da doença de Prion Creutzfeldt-Jacob.

Para os autores, os perigos também estão contemplados em outros pilares, como: a) Aloimunização; b) Imunomodulação; c) Alterações fisiológicas graves que podem resultar em lesões, ex. Lesão pulmonar aguda associada à transfusão conhecida como TRALI; d) Fatores mecânicos, ex. variação da temperatura de conservação fora do padrão preconizado, validade/qualidade dos insumos utilizados; e) Lesão de estocagem que as células sanguíneas sofrem; f) Manipulação necessária do sangue em todo o ciclo^{1,11}.

A segurança também está associada ao ambiente^{26,27}. É imperioso considerar que em lócus assistenciais, os transplantes cirúrgicos de órgãos sólidos são realizados por profissionais médicos em centros operatórios com monitorização e vigília permanente durante todo o procedimento, diferentemente, a hemotransfusão quanto transplante clínico de células vivas⁹, é realizado pela enfermagem sem monitorização eletrônica e com vigília periódica^{1,28}.

É fato que o melhor monitor é o próprio profissional^{2,5}, porém vale salientar que o monitor eletrônico aciona os alarmes quando há alterações dos sinais vitais⁹ embasando o enfermeiro para tomada de decisão imediata¹⁸.

Na prática da hemotransfusão em clínica médica/cirúrgica, o paciente fica em seu quarto isolado das vistas dos profissionais^{29,30} e as avaliações clínicas ficam fadadas a periodicidade por relógio^{1,31}. Considerando que as bases fisiológicas afetadas/alteradas podem impossibilitar o paciente a solicitar ajudar ou mesmo tocar a campainha⁹, o próprio ambiente isolado das vistas dos profissionais e sem monitor eletrônico que sinalize a alteração pode ser considerado uma ameaça a segurança do paciente²⁰ e um propiciador de aumento desnecessário dos riscos do ato transfusional¹⁷.

O Fator humano no concernente ao uso de diferentes tecnologias, formação profissional para pensamento crítico e julgamento clínico devem ser levados em conta. Goldman e Schafer (2014), dizem que dois terços dos eventos adversos/falhas que ocorrem em hemotransfusão, acontecem nas enfermarias, sendo a metade das transfusões incorretas ocasionadas por falha na identificação correta do hemocomponente a ser transfundido, e apontam para falha no reconhecimento das reações transfusionais.

Isto nos leva para os deslizamentos/erros de cunho humano^{5,20} que adentram e quebram da segurança do paciente durante a assistência¹⁹. O erro não deve ter caráter punitivo²⁰, por outro lado os profissionais devem ser responsabilizados por suas atitudes²¹.

Neste descompasso se reconhecesse que erros humanos advêm de: a) falhas de raciocínio que afetam o planejamento e tomada de decisão^{9,29}; b) deslizamentos relacionados à inexperiências ou déficit na atenção profissional^{8,20}; c) lapsos de memória que podem prejudicar resultados esperados^{17,32}, d) características da equipe para sustentação da prática^{30,33,34}.

O quadro 1 descreve as características dos profissionais atuantes no ato transfusional no hospital pesquisado.

Quadro 1 - Distribuição dos dados de identificação pessoais e laboral dos profissionais de enfermagem, Itajaí (SC), 2016. (n=112)

CARACTERIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM		
DADOS LABORAIS		
Categoria profissional		
Enfermeiro – Unidade médica/cirúrgica	16	14,28
Enfermeiro – Agência transfusional	01	0,89
Técnico de enfermagem – Unidade médica/cirúrgica	90	80,35
Técnico de enfermagem Agência transfusional	05	04,46
Turno		
Matutino	39	34,82
Vespertino	29	25,89
Noturno	44	39,28
Tempo de Experiência Profissional		
Menor que 01 ano	19	16,96
De 1 – 10 anos	63	56,25
De 11 – 21	16	14,28
22 – 36 anos	06	05,35
Em branco	08	07,14

Fonte: Instrumento de pesquisa, Itajaí (SC), 2016

A mostra profissional que compôs a pesquisa foi 84,82% de Técnicos de enfermagem e 15,17% enfermeiras. Referente ao turno de trabalho, 60,71% pertencem ao período diurno e 39,28% no noturno. Dentre os profissionais pesquisados, 70,53% tinham tempo de experiência maior que 01 ano.

O percentil de maior participação de Técnicos em Enfermagem se deve a própria composição do corpo profissional no hospital pesquisado, porque no Brasil o Conselho Federal de Enfermagem reconhece diferentes níveis de formação profissional observado a competência de cada um³⁵.

O turno de trabalho, constitui a característica do perfil ocupacional, pois é um fator que interfere nos processos assistenciais porque pode diminuir a atenção do profissional. Para Lewis *et al* (2013), o trabalhador noturno está mais propenso a cometer erros e incidentes devido a fadiga.

A experiência profissional é um elo entre o saber e o domínio da função^{5,18}. Referente ao tempo de experiência, os profissionais pesquisados têm vivência que lhes permite sustentar a prática segura, o que abre portas para a análise do ponto de vista destes

profissionais sobre o conceito correto do Ato transfusional.

A tabela 1 apresenta a percepção dos profissionais dos 112 (cento e doze) profissionais de enfermagem pesquisados que atuam em clínicas médica cirúrgica sobre a hemotransfusão.

Tabela 1 - Distribuição da percepção dos profissionais de enfermagem quanto ao risco e segurança da transfusão sanguínea, Itajaí (SC), 2016. (= 112)

Conceito	N	%
Simples/Segura	17	15,17
Simples/Riscos	24	21,42
Complexa/Segura	24	21,42
Complexa/Riscos	44	39,28
Não Respondeu	03	2,67
TOTAL	112	100,00

Fonte: Instrumento de pesquisa, Itajaí (SC), 2016.

Na tabela 01 evidencia que 15,17% acreditam que a terapêutica é Simples/Segura, enquanto 24,42% dizem que é Simples/Riscos, o mesmo percentil de 24,42% defende que é Complexa/Segura e 39,28% afirmam ser Complexa/Riscos.

Lucchese (2008, *apud* SIQUEIRA, 2013), discorrendo sobre a proteção da saúde da população menciona em síntese, que a avaliação do risco à saúde pode ser simples se a conexão entre causa e dano for imediata e compreensível, por outro lado, será complexa se houver perigos pequenos e exposições longas, porque levará a elementos de incerteza dando base para pontos de vista diferentes.

Neste âmbito, concorda-se com o autor, pois a Portaria GM/MS nº 158/16 conceitua a terapêutica transfusional como complexa e com riscos desde a captação, processamento, estocagem, transportes e até 24 horas após a hemotransfusão.

Considerando que apenas 39,28% têm o conceito correto sobre a hemotransfusão, pode-se dizer que as óticas dos diferentes profissionais podem interferir no resultado esperado e no ocorrido, sendo fator de risco ao paciente porque interfere no modo como este será cuidado.

O ato transfusional é responsabilidade do profissional Médico^{1,23}, contudo, o processo abarca atendimento multidisciplinar^{1,4} donde a Enfermagem constitui a principal fonte de cuidado^{5,26,27}. Para realizar o transplante sanguíneo propriamente dito, o profissional tem que possuir qualificação^{1,4}, ou seja, ser treinado, ter habilitação para realizar o procedimento e ser conhecedor das normativas da Portaria Ministerial.

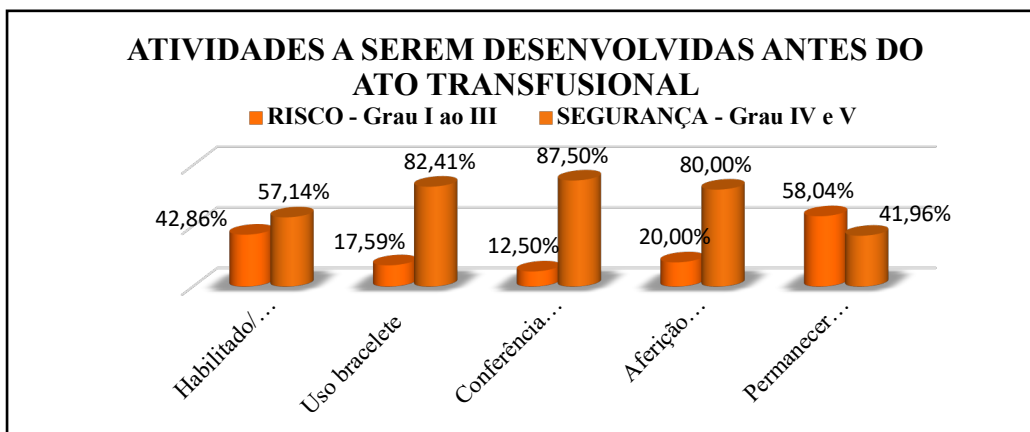
O procedimento deve ser previamente esclarecido e discutido com o paciente¹. Este deve estar orientado quanto ao curso da hemotransfusão¹, ter identificação passiva por meio de pulseira^{1,38}. Antes da instalação da bolsa, obrigatoriamente tem que ocorrer a Dupla Checagem^{34,38}. O processo de dupla checagem - Check-Back, é um comportamento de repetição em que um membro da equipe pergunta e outro responde³⁸, esta rotina confirma a resposta recebida e permite correções legitimando a segurança do paciente. Para Lewis *et al* (2013), a identificação imprópria do hemocomponente, leva a 90% das reações transfusionais hemolíticas por responsabilidade da enfermagem e dizem que o enfermeiro é responsável para fazer Check-Back.

Com esta etapa descrita acima pronta, os sinais vitais do paciente tem que ser aferidos imediatamente antes do início da hemotransfusão, após 5 e 15 minutos do início e de 30/30 minutos durante o percurso hemotransfusional^{5,26}, porquê os sinais vitais são indicadores do estado de saúde e demonstram a eficiência das funções circulatória, respiratória, neural e endócrina^{9,23}, servindo para comparação entre os dados do percurso com os de avaliação de base^{1,4,5}. Instalado o hemocomponente, o transfusionista tem que

permanecer lado/lado observando o paciente nos primeiros 10 minutos do início do procedimento.

O gráfico 1 mostra os percentis da conformidade destas atividades laborais antes do ato transfusional.

Gráfico 1 - Apresentação das atividades laborais a serem desenvolvidas antes do ato transfusional, Itajaí (SC), 2016.



Fonte: Instrumento de pesquisa, Itajaí (SC), 2016.

O gráfico evidencia que 57,14% dos profissionais preenchem requisitos de habilitação/qualificação, 82,41% dos pacientes são identificados com pulseira, 87,50% confirmam a realização da dupla checagem, 80% dos receptores têm sinais vitais aferidos antes do início da hemotransusão e 41,96% são acompanhados pelo Transfusionista por 10 minutos.

A análise do gráfico 1 evidencia que nenhum dos requisitos são plenamente desenvolvidos. Considerando o ponto de corte metodológico, a habilitação/qualificação profissional quanto quesito de segurança é presumidamente prejudicada, a exigência de identificação do paciente, dupla checagem, aferição dos sinais vitais têm padrão de segurança desenvolvido. Quanto a permanência do Transfusionista pelo período de 10 minutos a segurança do receptor é prejudicada.

Durante o Ato Transfusional, a hemotransusão a assistência lado/lado ou beira de leito, é tão criteriosa quanto a etapa inicial, pois a qualquer momento o paciente pode desenvolver reações transfusionais.

Devido ao conhecimento fisiopatológico e competência do Enfermeiro para realizar os métodos propedêuticos e embasar os cuidados, a avaliação periódica não pode ser delegada ao profissional de nível técnico⁵. Detectada reação adversa, o transplante deve ser interrompido^{1,2,10}, o acesso venoso é mantido com solução de cloreto de sódio a 0,9%^{1,28,39}, o médico deve ser comunicado e caso necessário coleta de exames para análise clínica, esta deve ser realizada em outra via venosa^{9,28,39}. Caso o transplante seja de concentrado de hemácias, a bolsa não pode permanecer parada no ambiente por período maior que 30 minutos¹, do contrário, o metabolismo celular na bolsa de sangue começa a consumir adenosina trifosfato propiciando lesão celular e ainda poderá haver crescimento bacteriano e propicia risco de choque séptico ao receptor^{23,25}.

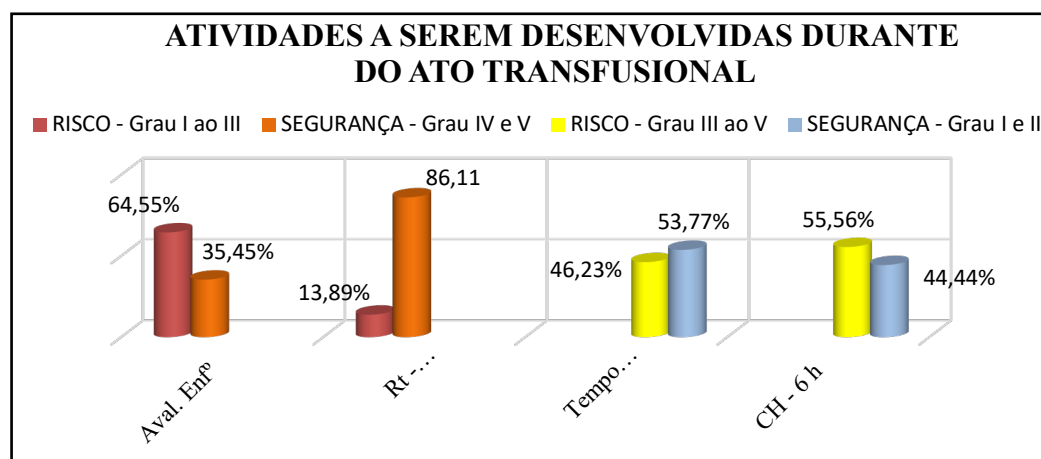
O profissional qualificado/conhecedor das normas^{1,4} hemoterapêuticas e com conceito correto¹, sabe que o transplante de sangue não pode ultrapassar o período de 04 horas¹ devido aos riscos de reações graves ao receptor^{10,11,39}. Ainda que a bolsa esteja em curso, esta deve ser interrompida e descartada. Não é admissível que o profissional ultrapasse o período de infusão da mesma bolsa para aproveitar/garantir que o volume

prescrito seja infundido após atingir 04 horas^{4,5,39}.

Para analisar o grau de conformidade no quesito Tempo de permanência da bolsa de concentrado e hemácias no ambiente, bem como Período do curso do transplante, o instrumento de pesquisa abordou tempos não condizentes com as normativas com o intuito de analisar o cuidado frente ao tempo de exposição do receptor.

O gráfico 2 envolve as ações/questões cuidativas durante a hemotransusão e mostra o grau de conformidade com que estas são desenvolvidas.

Gráfico 2 - Apresentação das atividades laborais a serem desenvolvida durante o ato transfusional, Itajaí (SC), 2016.



Fonte: Instrumento de pesquisa, Itajaí (SC), 2016.

O gráfico 2 mostra que 64,55% dos Enfermeiros não desenvolvem ou desenvolvem parcialmente a avaliação periódica do receptor, 86,11% dos profissionais interrompem prontamente a hemotransusão em caso de reações, 53,77% assinalam que a hemotransusão não é desenvolvida se a bolsa de concentrado de hemácias permanecer no ambiente pelo período de 55 minutos, e, 55,56% dos respondentes alegam que a hemotransusão é muito ou integralmente desenvolvida por um período de até 6 horas.

A análise do gráfico 2 referente as ações cuidativas durante o transplante sanguíneo mostra risco na avaliação periódica do Enfermeiro. Segurança no quesito de interrupção mediante reações transfusionais como o cuidado plausível mais preponderante aplicado à prática. Segurança prejudica em relação ao tempo que a bolsa de concentrado de hemácias pode permanecer parada no ambiente e no período de curso hemotransfusional.

Depois do Ato Transfusional, os sinais vitais do receptor devem ser aferidos para embasar a avaliação do estado clínico no peri-transfusional, ou seja, nas próximas 24 horas independentemente se a hemotransusão foi concluída ou interrompida^{1,3,26}.

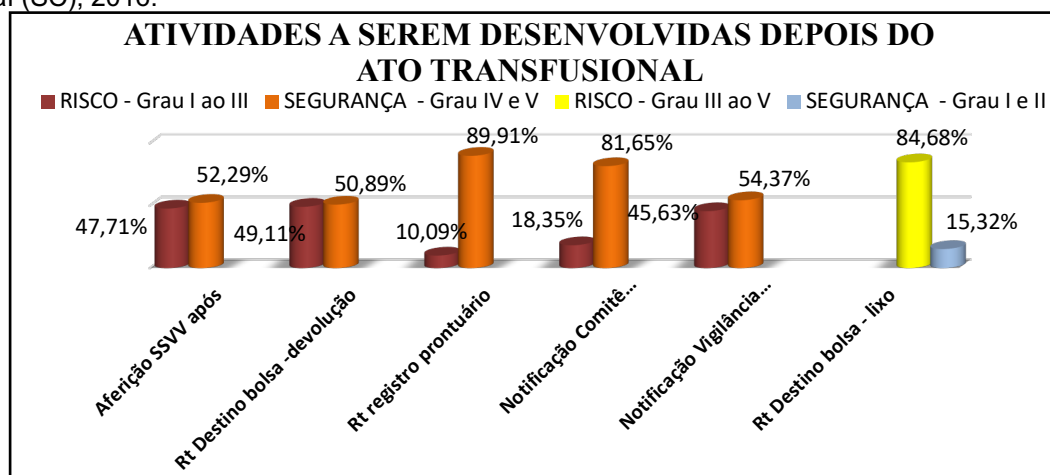
Nos casos de reações transfusionais, a investigação e rastreabilidade^{10,16} de causa e efeito é de responsabilidade primária do serviço de saúde^{1,4} onde ocorreu o evento com responsabilidade solidária do serviço hemoterápico^{1,10,16}.

Neste âmbito, é a atuação da enfermagem que irá embasar o seguimento investigativo para evolução da ciência transfusional. Nas reações transfusionais a bolsa do hemocomponente deve ser retirada e enviada ao serviço hemoterápico, portanto não deve ser descartada no lixo antes da investigação^{1,10}.

O registro do evento no prontuário do paciente é requisito obrigatório pois tem objetivos assistenciais e legais^{4,5,6}. O profissional deve proceder notificação ao comitê transfusional^{1,10} e este dará continuidade a investigação correlacionando os dados para comparação e interpretação com finalidade preventiva/corretiva e notificação à vigilância sanitária conforme o grau de correlação clínica^{10,11}.

O gráfico 3 mostra o grau de conformidade da assistência de Enfermagem referente as questões pesquisadas ao término da hemotransfusão.

Gráfico 3 - Apresentação das atividades laborais a serem desenvolvidas depois do ato transfusional, Itajaí (SC), 2016.



Fonte: Instrumento de pesquisa, Itajaí (SC), 2016.

O gráfico evidencia 52,29% a aferição dos sinais vitais é muito/integralmente desenvolvida, em contrapartida 47,71% dizem que é parcialmente ou não desenvolvida. No caso de reação transfusional, 50,89% alegam devolver a bolsa ao serviço hemoterápico, sobre o registro das reações adversas 89,91% dizem que a ação é muito/integralmente desenvolvida, 81,65% notificam o comitê transfusional e 54,37% dizem que a vigilância sanitária também é notificada. Sobre jogar a bolsa no lixo infectante, 84,68% dizem que esta ação varia entre parcial a desenvolvida.

A análise sobre os riscos do ato transfusional na prática do profissional de Enfermagem no concerne ao término ou interrupção por reações adversas e seguimento investigativo hemoterápico, evidencia que a obrigatoriedade de aferição dos sinais vitais tem Segurança parcialmente prejudicada visto que há pouquíssima diferença entre os que alegam desenvolver integralmente esta ação e os que não a fazem ou realizam parcialmente.

Há discrepância sobre o destino da bolsa nos casos de reações transfusionais. Todavia, em prol da neutralidade e honestidade que toda pesquisa científica deve ter, é necessário descrever que as duas questões sobre o destino da bolsa quanto a ser devolvida ao serviço hemoterápico ou jogada no lixo infectante, pode ter sido influenciada pela implantação da agência transfusional no hospital, porque para os participantes que trabalhavam na instituição anterior a implantação, a bolsa era retirada e jogada no lixo e atualmente é recolhida pelos colaboradores da própria agência.

Considerando o ponto de corte convencionado para este estudo, pode-se dizer que o registro de enfermagem e a notificação ao comitê transfusional são ações seguramente desenvolvidas.

A notificação a vigilância sanitária é dependente do grau de correlação causa-efeito após investigação do serviço, portanto, o percentil encontrado nesta questão pode ser reflexo da falta de conhecimento e/ou acompanhamento da equipe assistencial no processo investigativo da agência transfusional do hospital no que abrange o seguimento investigativo, não sendo possível julgar se há segurança ou risco referente a questão.

CONCLUSÃO

A pesquisa abordou a hemotransfusão vivenciada no contexto da prática dos profissionais de enfermagem num hospital da macrorregião de saúde do estado de Santa Catarina, abrangendo a região da AMFRI.

O estudo cumpriu os objetivos propostos. Referente as características dos profissionais, a instituição hospitalar estudada sustenta características profissionais capaz de sustentar a prática segura. A percepção do profissional sobre o transplante sanguíneo resta prejudicada, visto que apenas 39,28% têm o conceito correto.

As ações que precedem o início da hemotransfusão tem segurança parcialmente prejudicada referente a qualificação/habilitação profissional e permanência do transfusionista no início da hemotransfusão. Segurança em relação a identificação do receptor, aferição dos sinais vitais iniciais e Check-Back.

Durante a hemotransfusão, evidenciou-se risco assistencial por déficit na avaliação periódica dos Enfermeiros, segurança no procedimento assistencial caracterizado pela interrupção da hemotransfusão em caso de reação adversa. Segurança prejudicada referente ao tempo de permanência do concentrado de hemácias e período do curso da hemotransfusão.

Após o ato transfusional, o estudo revelou segurança prejudicada na aferição dos sinais vitais. Segurança no registro de Enfermagem e Notificação do caso ao comitê transfusional

Uma vez que a própria terapêutica é inerentemente perigosa, todos os requisitos assistenciais exigidos pela Portaria GM/MS nº 158/16 deveriam ser seguidos integralmente. No entanto, o estudo revelou que nenhum destes requisitos exigidos são desenvolvidos integralmente em todas as vezes que acontece a Hemotransfusão, algumas ações são desenvolvidas com boa margem de segurança, enquanto outras há fragilidades. Desta forma, se pode afirmar que há adição de riscos desnecessários.

REFERÊNCIAS

1 – BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 158 de 04 de fevereiro de 2016**. Redefine, Regulamento Técnico de Procedimentos Hemoterápicos. Diário Oficial da União, Brasília-DF, 05 de fevereiro de 2016. Seção I, p. 1 - 3,8,11,30 - 34, 43, 47 e48.

2 – BARCA, Augusta Accioly Varella. Política Nacional de Sangue, Componentes e Hemoderivados no Brasil. *IN*. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Técnico em Hemoterapia**. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2013.

3 – SAMPAIO, Divaldo de Almeida. Cenário Político, Social e Cultural da Hemoterapia no Brasil. *IN*. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Técnico em Hemoterapia**. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2013.

4 – COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução 0511/2016**. Aprova a Norma Técnica que dispõe sobre a atuação de Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem em Hemoterapia Disponível em: <<http://www.cofen.gov.br>> Acesso em: 23 de mai. de 2016.

5 – COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução 358/2009**. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do processo de enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de enfermagem, e dá outras providencias. Brasília-DF, 2009. <<http://www.cofen.gov.br>>

Acesso em: 30 de abr. de 2017.

6 – LIMA, Antônio Oliveira. **Manual de Redação Oficial**: Teoria, modelos e exercícios. 2. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005.

7 – ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Boletim Segurança do Paciente e Qualidade nos serviços de Saúde** – Incidentes Relacionados à Assistência à Saúde – 2015. Brasília-DF: GGES, 2016.

8 – FONSECA. Ariadne da Silva; *et al.* **Enfermagem em emergência**. Rio de Janeiro, Elsevier, 2011.

9 – GUYTON, Arthur C.; HALL, John E. **Tratado de Fisiologia Médica**. 12. ed. São Paulo: Elsevier, 2011.

10 – ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **MARCO CONCEITUAL E OPERACIONAL DE HEMOVIGILÂNCIA**: Guia para Hemovigilância no Brasil. Brasília- DF: ANVISA, 2015.

11– BRASIL. **Guia para o uso de Hemocomponentes**. 2. ed. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília – DF: Ministério da Saúde, 2015.

12 – PARHAM, Peter. **O Sistema imune**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

13 – MAYGLOTHLING, Júlie A.; DUANE, Therese. Distúrbios Hematológicos e Endócrinos. *IN*: FARCY, David A. *et al.* **CUIDADOS INTENSIVO**: Na Medicina de Emergência. São Paulo: Artmed, 2013.

14 – BATH-BALOGH, Mary; FEHRRENBACH, Margaret J. **Anatomia, Histologia e Embriologia dos dentes e Estruturas Ofaciais**. 3. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

15 – ORLANDO, José Maria. **Vencendo a morte**: Como a guerra fizeram a medicina evoluir. Rio de Janeiro: Matrix, 2016.

16 – ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução – **RDC 75/2016, de 2 de maio de 2016**. Altera a Resolução da Diretoria Colegiada - RDC N° 34, de 11 de junho de 2014, que dispõe sobre as Boas Práticas no Ciclo do Sangue. Diário Oficial da União. DOU. nº 83, seção I.

17 – MOURA, Gisela Maria Schebella Souto de; MAGALHÃES, Ana Maria Muller de. Eventos adversos relacionado à assistência em serviços de saúde: principais tipos. *IN*: ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Assistência Segura**: Uma Reflexão Aplicada à Prática. Série: Segurança do paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Brasília-DF: ANVISA, 2013.

18 – COSTA JR, Heleno. **Qualidade e Segurança em saúde**: Os caminhos da melhoria via acreditação internacional. Relatos, experiências e práticas. Rio de Janeiro: Doc, 2017.

19 – GAMA, Zenewton A.S.; SATURNO, Pedro J. A segurança do paciente inserida na gestão da qualidade dos serviços de saúde. *IN*: ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Assistência Segura**: Uma Reflexão Aplicada à Prática. Série: Segurança do

paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Brasília-DF, ANVISA, 2013. cap. 3, p. 29-36.

20 – HORADA, Maria de Jesus C. S.; PEDREIRA, Mavilde L.G. O erro humano e sua prevenção. *IN*: ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Assistência Segura: Uma Reflexão Aplicada à Prática**. Série: Segurança do paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Brasília-DF, ANVISA, 2013. cap. 4, p. 41-43.

21 – KURCGANT, Paulina. Gerenciamento em enfermagem. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 2016.

22 – BRASIL. **Lei nº 7.649 de 27 de janeiro de 1.988**. Estabelece a obrigatoriedade do cadastramento dos doadores de sangue bem como a realização de exames laboratoriais no sangue coletado, visando a prevenir a propagação de doenças, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília-DF, 27 de janeiro de 1.988. Seção I – fls. 1.609. Disponível em: <<http://www.lexmt.gov.br>>. Acesso em: 08 de jul. de 2016.

23 – LONGO. Dan L. **Hematologia e Oncologia de Harrison**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2015.

24 – GARMERMANN, Patrícia W. *et al.* **Rotinas em Anestesiologia: E medicina perioperatória**. Porto Alegre, Artmed, 2017.

25 – GOLDMAN, Lee; SCHAFER, Andrew I. **Goldman Cecil Medicina**. 24. ed. Porto Alegre: Elsevier, 2014.

26 – PERRY. Anne Griffin; POTTER, Patricia A. **Guia completo de Procedimentos e competência de Enfermagem**. 8. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2015.

27 – POTTER, Patrícia A.; PERRY, Anne Griffin; ELKIN, Martha Keene. **Procedimentos e Intervenções em Enfermagem**. 5. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013, p.52.

28 – FERREIRA. Oranice. Cuidados Peritransfusionais. *IN*: **Ministério da Saúde**. Técnico em hemoterapia. Brasília – DF: Ministério da Saúde, 2013.

29 – MENDES, Walter. MOURA, Maria de Lourdes de oqueira. Estratégia para segurança do paciente em serviço de saúde. *IN*: ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Assistência Segura: Uma Reflexão Aplicada à Prática**. Série: Segurança do paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Brasília-DF: ANVISA, 2013.

30 – NISHIO, Elizabeth A.; FRANCO, Maria Teresa. **Modelo de Gestão em Enfermagem: Qualidade assistencial e segurança do paciente**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.

31 – TAYLOR. Carol R. *et al.* **Fundamentos de Enfermagem: A arte e a ciência do cuidado**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

32 – TRAVASSO, Claudia; CALDAS, Bárbara. A qualidade do cuidado e a Segurança do paciente: histórico e conceitos. *IN*: ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Assistência Segura: Uma Reflexão Aplicada à Prática**. Série: Segurança do paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Brasília-DF: ANVISA, 2013. cap. 2, p. 19-26.

- 33 – MARQUYS, Bessie L.; HUSTON, Carol J. **Administração e Liderança em Enfermagem: Teoria e prática**. 8. ed. Porto Alegre: Artmed, 2015.
- 34 – MOSSER, Gordon; BEGUN, James W. **Compreendendo o trabalho em equipe na saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2015.
- 35 – COREN. Conselho Regional de Enfermagem. **Pesquisa - Perfil da Enfermagem do Brasil**. 2016. Disponível em: <<http://www.cofen.gov.br>> Acesso em: 01 de abril de 2017.
- 36 – LEWIS, Sharon *et al.* **Tratado enfermagem médico-cirúrgico: Avaliação e assistência dos problemas clínicos**. 8. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.
- 37 – SIQUEIRA, Helen Norat. Regulamentação Sanitária. *IN*: ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Assistência Segura: Uma Reflexão Aplicada à Prática. Série: Segurança do paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Brasília-DF: ANVISA, 2013.
- 38 – LYN, Pamela. **Manual de habilidades de Enfermagem de Taylor**. Porto Alegre: Artmed, 2012.
- 39 – NUKUI, Youko. Reações Transfusionais. *IN*: **Ministério de Saúde**. Livro Técnico em Hemoterapia. Brasília - DF. Ministério da Saúde, 2013, p. 218.
- 40 – LOCKS, Melissa Orlandi Honório; COSTA, Roberta; GIRONDI, Juliana Balbinoti Reis. *IN*: LACERDA, Maria Ribeiro; COSTENARO, Regina Gema Santini (org.). **Metodologia da pesquisa para a enfermagem e saúde**. Porto Alegre: Moriá, 2015. p.273-290

Maria Aparecida Modesto dos Santos

Enfermeira. Mestre em Educação

Josiane Travençolo

Enfermeira. Mestre em Ciência da Saúde. Docente no
Grupo Educacional Cruzeiro do Sul

RESUMO

Esse relato teórico-reflexivo a luz de Paulo Freire, teve como objetivo refletir sobre o processo pedagógico na formação do enfermeiro enquanto gestor de cuidar e do administrar alicerçada na literatura de Paulo Freire. Como método utilizou-se a abordagem crítico-reflexivo fundamentado no referencial teórico Pedagogia da Autonomia e a Carta de Paulo Freire aos Professores. Ensinar, aprender: leitura do mundo, leitura da palavra. Resultado: a pedagogia da autonomia se concretiza pedagogicamente durante a formação do enfermeiro nas metodologias ativas, interação docente e discente, com base no Sistema Único de Saúde (SUS) ainda entendido como desafios. Consideração final: a formação crítica-reflexiva uma das estratégias pedagógicas que vem sendo desenvolvida são as metodologias ativas, incipiente devido a vários fatores como a estrutura organizacional, quantitativo de discentes em sala de aula, falta de compreensão do método por parte de alguns docentes e instituições. Entende-se ser necessário o resgate ou a aplicação de uma pedagogia que possibilite a formação do discente diante do novo cenário de educação mundial e do país, onde os saberes devem ser considerados e respeitados.

Descritores: Cuidados de enfermagem; Educação Superior; Organização e Administração; Políticas de Saúde; Sistema Único de Saúde.

INTRODUÇÃO

Não tendo a pretensão de esgotar ou confrontar as obras idealizadas e escritas por Paulo Freire, faremos algumas reflexões a luz do seu referencial para tratar de temas relacionados a formação do Enfermeiro no cuidar e administrar.

O cuidado faz parte das relações humanas desde que mundo é mundo, está presente e se manifesta na família na relação mãe e filho, a mulher como cuidadora, “então, ele traz uma marca “genética” - a sensibilidade, a compaixão / compreensão /amor, aconchego; a ajuda /ligação tão comum no comportamento das mulheres”.⁽¹⁾

No processo de desenvolvimento da humanidade esta concepção foi se ampliando, saindo do ambiente familiar, do olhar da mãe protetora para a comunidade, chegando as profissões, dentre elas a enfermagem, que tem como essência o cuidado humano, profissão composta pelos auxiliares de enfermagem, os técnicos de enfermagem e os enfermeiros.

Nesse sentido entendemos que o cuidado é relação entre sujeitos, interação do cuidador e de quem é cuidado, podemos dizer que existem maneiras do cuidado relacionado ao local e ambiente onde as pessoas estão inseridas, sendo necessário administrar, organizar, planejar e tomar decisões que garantam a equidade no atendimento.

Assim, as Diretrizes Curriculares dos Cursos de Graduação em Enfermagem em seu Art. 4º sobre a formação do enfermeiro destaca competências e habilidades relacionada ao perfil do formando, competências gerais dentre elas administração e gerenciamento, competências e habilidades específicas de intervenção no processo de saúde-doença.⁽²⁾

- *Perfil do formando egresso/profissional qualificado para o exercício de enfermagem, com base no rigor científico e intelectual e pautado em princípios éticos*
- *Competências gerais: atenção à saúde, tomada de decisões, comunicação, liderança, administração e gerenciamento, educação permanente.*
- *Competências e habilidades específicas: reconhece-se como coordenador do trabalho da equipe de enfermagem, intervir no processo de saúde-doença, responsabilizando-se pela qualidade da assistência/cuidado de enfermagem em seus diferentes níveis de atenção à saúde, com ações de promoção, prevenção, proteção e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência.*⁽²⁾

Portanto, para atuar, o enfermeiro de acordo com a Lei do Exercício Profissional⁽³⁾ estabelecida pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) exerce todas as atividades de enfermagem algumas dessas privativas tanto do aspecto do cuidar e do administrar, um exemplo é a Sistematização da Assistência de Enfermagem uma importante ferramenta gerencial que estrutura o cuidar e o administrar tendo as seguintes etapas: coleta dos dados ou histórico, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação de enfermagem⁽⁴⁾ que contempla esses dois eixos de atuação. Como se preparar para assumir estas atividades entendendo que os ambientes de saúde são complexos em todas as suas variáveis, pessoas, tipos de serviços, diversidades de profissionais.

Considerando que *não existe ensinar sem aprender* e que ensinar estabelece uma troca de quem ensina e de quem aprende, essa troca de conhecimento precisa ser humilde e aberto para a reciprocidade do aprendizado⁽⁵⁾, para isso se faz necessário o respeito mútuo entre docente e discente para o crescimento intelectual e construtivo do conhecimento respeitando e reconhecendo os valores éticos e a cultura dos indivíduos.

OBJETIVO

Refletir sobre o processo pedagógico na formação do enfermeiro enquanto gestor do cuidar e do administrar alicerçada na literatura de Paulo Freire.

MÉTODO

Estudo de abordagem crítico-reflexivo compreendida por questionamentos e pensamentos, fundamentado no referencial teórico do educador Paulo Freire no livro *Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa*, capítulo 1, *Não há docência sem discência*⁽⁶⁾, isso nos remete a relevância dos dois sujeitos na produção do conhecimento em enfermagem com rigorosidade metodológica, respeito do conhecimento e valores éticos.

A contribuição de Paulo Freire neste estudo sobre a formação do enfermeiro se fundamenta nas ações diárias do cuidar e do administrar, que implica em tomada de decisão, sendo necessário o pensamento crítico advindo da ética e da autonomia deste

sujeito. Na formação o docente tem compromisso de estimular a consciência crítica e construir junto com os discentes um saber científico.

É nesse sentido que uma pedagogia da autonomia tem de estar centrada em experiências estimuladoras da decisão e da responsabilidade, vale dizer, em experiências respeitadas da liberdade⁽⁶⁾.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A formação do enfermeiro tem como base a Política de Saúde do Brasil que são um conjunto de programas, ações, medidas e procedimentos que devem ser tomadas pelos governantes a nível Federal, Estadual e Municipal, para organizar as atividades desse setor em prol da melhoria da saúde de todos os cidadãos independente de nível social, cultural e econômico. Essas ações tem a responsabilidade de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da coletividade, evitando o aumento de incidências e ressurgimento de doenças endêmicas e pandêmicas, não esquecendo de controlar as doenças que já foram erradicadas.⁽⁷⁻⁸⁾

Ao iniciarmos uma discussão sobre as políticas de saúde, é necessário um breve relato histórico e cronológico para o entendimento desses acontecimentos, pois, mesmo com a diversidade socioeconômico e cultural, o Brasil continua sendo um dos países mais desiguais do mundo em relação a pobreza e desigualdade social, esses problemas impactam diretamente na sociedade e na luta de seus direitos, incluindo o direito a saúde.⁽⁹⁾ É importante ressaltar que não diferente do passado, uma considerável parte da população vive em condições mínimas de subsistência.

Historicamente a saúde passa por diversos obstáculos desde o descobrimento do Brasil, onde principalmente as doenças contagiosas foram surgindo e agravando por falta de saneamento básico e aglomerados, conforme a chegada de pessoas que vinham colonizar o “povoado”, a busca por solução de enfermidades foram iniciadas, mas, a saúde era estabelecida pelo poder aquisitivo, então os menos favorecidos eram atendidos por caridade nas santas casas ou buscavam o atendimento de curandeiros e benzedeiros da época.⁽¹⁰⁾

Outros períodos também corroboraram para o surgimento das políticas públicas de saúde que foram a República Velha (1889 a 1930), “Era Vargas” (1930 a 1964), Autoritarismo (1964-1984) e Nova República (1985 a 1988), todos esses períodos com pouca divergência de pensamentos e acontecimentos trabalhavam com ações direcionadas as massas para diminuir prejuízos econômicos do capitalismo e não com pensamento voltado para os cidadãos da época. O predomínio das doenças nesses períodos ainda eram as pestilenciais e com a chegada dos migrantes e imigrantes as cidades, iniciaram as doenças transmissíveis e surgiram as grandes epidemias de febre amarela, varíola, tuberculose, sífilis e endemias rurais.⁽¹¹⁾

Neste interim, nas fases do Autoritarismo e da Nova República, inúmeros fatos importantes incorporaram e contribuíram na história das políticas de saúde no Brasil, as mais conhecidas são o Movimento Sanitário na década de 1970, a VII Conferência Nacional de Saúde (CNS) no ano de 1980 que teve como foco central as ações de saúde por meio dos serviços básico, a VIII Conferência Nacional de Saúde que reuniu forças políticas e sociais para efetivação de saúde no nosso país, onde foi proposta a criação de uma Comissão Nacional de Reforma Sanitária (CNRS).⁽¹¹⁾

Finalizando o período de exclusão e iniciando a inclusão no atendimento da população na saúde temos o marco principal, a Constituição Federal⁽¹²⁾ que foi publicada em 5 de outubro de 1988, que institucionaliza o Sistema Único de Saúde, uma construção onde a saúde é colocada em pauta nas discussões políticas na Seção II, da Saúde, nos artigos (Art.) 196 a 200⁽¹²⁾, dentre estes:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

No cenário descrito podemos dizer que a Constituição estabeleceu regras e trouxe contribuições nas soluções de conflitos de interesse da população, culminando em 1988 com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), a grande política pública de saúde no Brasil, que deveria estar em pleno acordo com a real necessidade da população, mantendo seus princípios estabelecidos de universalização, equidade e integralidade. Esses conceitos estão alicerçados na Lei 8.080⁽¹³⁾, de 19 de setembro de 1990 conhecida como Lei Orgânica da Saúde que dispõe sobre a organização e regulação das ações e serviços de saúde em todo território nacional, no

Art. 7º. I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;

II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;

III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;

IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;⁽¹³⁾

E a Lei 8.142⁽¹⁴⁾, de 28 de dezembro de 1990, que estabelece a participação popular no SUS e dispõe sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros para esse setor.

Partindo do pressuposto que essas leis buscam a interação da população nesse campo de discussão e tomada de decisão, e entendendo que a formação em enfermagem está inserida nesse contexto, o docente deve considerar que ele e o discente fazem parte da sociedade como cidadãos enquanto usuários do sistema. De acordo com Paulo Freire⁽⁷⁾ ensinar exige reconhecimento e aceitação da identidade cultural do educando e do educador, essa troca de conhecimento e interação traz um crescente aprendizado para a formação do enfermeiro.

Atualmente muito se fala sobre as metodologias ativas, que tem como foco o resgate das realidades e estimulam o processo ensino-aprendizado da forma crítico-reflexiva, assim o discente trabalha o desenvolvimento no processo de aprender, utilizando experiências reais ou simuladas, visando às condições de solucionar, com sucesso, desafios advindos das atividades essenciais da prática social, em diferentes contextos.⁽¹⁵⁾

Formalmente as instituições apontam a necessidade de uma formação crítico-reflexivo, da problematização. O desafio muitas vezes acaba ficando com o docente que se vê em sala de aula com um quantitativo expressivo de alunos, surge então o questionamento em relação ao caminho a ser tomado diante dessa realidade, entendendo que a transmissão de conhecimento ou as técnicas aprendidas não propiciam um aprendizado baseado nas metodologias ativas, há necessidade de problematizar a realidade em sala de aula e nas atividades desenvolvidas nos ambientes de saúde, momento de imersão e vivência da prática do cuidar e administrar.

Estratégias que devem despertar a capacidade crítica dos alunos, para atuarem em um ambiente complexo como é o da saúde, nessa reflexão a enfermagem, como profissão e prática social segue os passos das profissões ancoradas em conhecimentos científicos, cada vez mais diversos e complexos e constrói ao longo do tempo um corpus de saberes próprios definidos dentro de um rigor metodológico [...]. Professores e alunos criando, inquietos com o que se apresenta imediatamente, entender o objetivo, mas estar atento a

subjetividade dos sujeitos que se traduz nos gestos, nos olhares, no toque, variáveis que estão presentes nas relações de cuidado.^(7,16)

Ainda sobre a formação desse discente, a Constituição de 1988 e as Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Graduação em Enfermagem destacam que a pesquisa deve estar presente na formação do enfermeiro, considerando que todas as ações de enfermagem devem estar fundamentadas na ciência, ou seja, na evidência científica que é imprescindível no cuidado em enfermagem, conhecimento explícito que pode ser quantificado, modelado, prontamente comunicado e facilmente transposto para orientar a conduta clínica a ser tomada pelo enfermeiro. Essa apreensão específica estará incorporada no sujeito quando do cuidado em enfermagem independente do ambiente^(4,7,12,17).

Enquanto docente e discente, sujeitos autônomos, a necessária promoção da ingenuidade à criticidade não pode ou não deve ser feita à distância de uma rigorosa formação ética ao lado sempre da estética⁽⁷⁾, cuidamos do humano, cuidamos do corpo.

O corpo tem conhecimentos que são da ordem das sensações, que ajudam a formar um fundo (horizonte interpretativo) sobre o qual construímos nosso saber e tomamos nossas decisões. É também pelo corpo que o sentido é percebido, o que evidencia a relação entre o corpo e o sensível, naquilo que é visível, audível, tangível. Os sentimentos e as emoções como o amor, a raiva, a mágoa, o ressentimento, a alegria, entre outros, constituem nosso conhecimento pessoal e social necessário para a emergência princípios éticos. Assim, o corpo integra nossa auto compreensão moral e isso tem importantes repercussões para a ética em educação.⁽¹⁸⁾

Na enfermagem o cuidado retrata a ética e a bioética. Ao buscar evidência científica e prestar assistência a pessoa, a família e a comunidade, o relacionamento interpessoal de discentes e futuros enfermeiros deve estar pautado nos princípios da beneficência, não-maleficência, autonomia, justiça, fidelidade.⁽¹⁹⁾

Os conhecimentos desenvolvidos e adquiridos devem propiciar a reflexão quanto aos princípios, se nesta interação estão contemplados os dois sujeitos, docente e discente, tanto na sala de aula como no campo de prática. O discente deve ter diariamente a vivência de situações, desafios para construção do pensamento crítico reflexivo.⁽²⁰⁾

Quanto a ética, ao se titular enfermeiro, para atuar profissionalmente assume os aspectos legais da profissão presente no Código de Ética de Enfermagem. O desafio é entender o conteúdo, iniciado no período da graduação, compreender o humano presente nas entrelinhas de cada artigo do Código de Ética, este destaca que a enfermagem é comprometida com a produção e a gestão do cuidado prestado nos diferentes contextos socioambientais e culturais em resposta às necessidades da pessoa, família e coletividade.⁽²⁰⁾

Ainda,

ressalta que o profissional de enfermagem atua com autonomia e em consonância com os preceitos éticos e legais, técnico-científico e teórico-filosófico, exerce suas atividades com competência para promoção do ser humano na sua integralidade, de acordo com os Princípios da ética e da Bioética, e participa como integrante da equipe de Enfermagem e de saúde na defesa de Políticas públicas, com ênfase nas Políticas de saúde que garantam a universalidade de acesso, integralidade da assistência, resolutividade, preservação da autonomia das pessoa, participação da comunidade, hierarquização e descentralização político-administrativa dos serviços de saúde.⁽²¹⁾

Problematizar os sujeitos, os espaços, seja na atenção primária como Estratégia da Saúde da Família, Unidade Básicas de Saúde, na atenção secundária e terciária como as

instituições hospitalares que fazem o atendimento de baixa, média e alta complexidade, os ambulatórios, contribui para a autonomia do discente e para um auto avaliação do docente como interlocutor neste processo.

Na escola, o aluno vai projetando o seu mundo futuro, vislumbrando o seu caminho, mesmo que ainda não perceba todas as suas possibilidades.⁽²²⁾ O docente enfermeiro tem a responsabilidade ética de propiciar ao discente por meio de estratégias pedagógicas o viver ético. A ética então compreende os comportamentos e caracteriza uma cultura ou um grupo profissional utilizando valores, é um instrumento social orientador do comportamento humano, para determinar o que deve fazer para conseguir a “boa vida”, o “bem-estar” das pessoas vivendo em sociedade⁽²³⁾.

O termo bioética (do grego "bios", vida, e "ethos", ética), "bios" representa o conhecimento biológico, a ciência dos sistemas vivos, e "ética" representa o conhecimento dos valores humanos.⁽²⁴⁾ No cotidiano das ações do cuidar e administrar, os dilemas morais em assuntos bioéticos são enfrentados diariamente pelos profissionais de enfermagem, o que torna seu estudo imprescindível no sentido de preencher lacunas para cada caso concreto.⁽²⁵⁾

Atender a população requer do enfermeiro uma capacidade de compreensão individual e coletiva, essa habilidade trabalhada de forma reflexiva e crítica no processo de formação requer uma auto avaliação do docente na sua disponibilidade de agregar e estimular conhecimentos e valores aos discentes, futuros profissionais, para que deixe os conceitos de conhecimento teóricos e técnicos repetitivos possibilitando a construção do saber crítico.

Como egresso mesmo que o enfermeiro não seja atuante na prática acadêmica, passa a desenvolver a educação em saúde, de forma recíproca na interação paciente-enfermeiro, enfermeiro-família e enfermeiro-comunidade, essa vivencia no período de formação retorna de forma natural ao pensamento da “corporeificação das palavras pelo exemplo”, o profissional apreende com a população que trabalha e esse ato, traz melhorias no cuidado.

Importante destacar que nas organizações de saúde o enfermeiro como parte integrante da equipe multiprofissional e responsável pelos outros membros que compõe a equipe de enfermagem, deve ter a comunicação como uma ferramenta de gestão buscando envolver e despertar em todos os sujeitos a responsabilidade no cuidar, entendido como colaborativo. Esta ferramenta auxilia na tomada de decisão e na administração de conflitos.

Já que o enfermeiro é o líder de referência nas unidades de atuação, deve entender e buscar características que sejam compatíveis com o processo crítico-reflexivo no relacionamento interpessoal, que possibilita um ambiente adequado e coerente de acordo com as necessidades dos clientes que buscam os serviços. Enquanto discente está ferramenta é desenvolvida e despertada durante os momentos de prática e na relação com o docente enquanto líder na sala de aula.

CONSIDERAÇÕES SOBRE A CONTRIBUIÇÃO DE FREIRE NA FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO

A motivação dessa reflexão teve como foco o processo pedagógico na formação do enfermeiro enquanto gestor do cuidar e do administrar e o papel do docente nesta interação, alicerçada na literatura de Paulo Freire emerge da vivência dos autores na docência do ensino superior em cursos de graduação em enfermagem.

A contribuição advinda dessa reflexão não se esgota na referência da pedagogia da autonomia de Paulo Freire, entendendo que outras obras do mesmo autor contribuem para novas reflexões sobre o tema.

A formação do enfermeiro tem como base o Sistema Único de Saúde (SUS), entendendo que ele planeja, organiza, dirige e coordena, os conhecimentos sobre o cuidar e administrar são essenciais para as competências, habilidades e atitudes do enfermeiro, esse tripé inicia no período de formação do discente que de acordo com Paulo Freire o aprendizado crítico-reflexivo estimula para novos conhecimentos fundamentado no saber científico, na ética e na tomada de decisão.

Ainda sobre a formação crítica-reflexiva uma das estratégias pedagógicas que vem sendo desenvolvida são as metodologias ativas, incipiente devido a vários fatores como a estrutura organizacional, quantitativo de discentes em sala de aula, falta de compreensão do método por parte de alguns docentes e instituições.

Entende-se ser necessário o resgate ou a aplicação de uma pedagogia que possibilite a formação do discente diante do novo cenário de educação mundial e do país, onde os saberes devem ser considerados e respeitados.

CONTRIBUIÇÕES E IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM

- Contribuição na formação do enfermeiro, estimulando o fazer pedagógico do docente, em um mundo de constantes transformações, de avanços tecnológicos, de exclusão social.
- A identificação da diversidade de gerações e culturas que buscam o ensino superior para atuação no mercado de trabalho.
- Busca de efetividade nas estratégias pedagógicas para o ensino superior, dentre elas as metodologias ativas.
- Necessidade na busca de interação das gerações presentes nas salas de aula para o desenvolvimento crítico-reflexivo utilizando as novas tecnologias e o desafio de envolvê-los na problematização da saúde da população.
- A limitação do estudo se deve ao fato de ser uma reflexão não apresentando o diálogo com docentes e discentes.
- Outra limitação está relacionada a utilização de apenas um capítulo relevante, porém limitado ao pensamento do autor.
- Ainda entendendo como limitador em relação às metodologias ativas, problematização, que sofrem a influência da natureza administrativa das instituições, públicas, privadas e filantrópicas, fazendo com que essas estratégias muitas vezes são desenvolvidas de maneira individual pelo docente.

REFERÊNCIAS

1. Santos I, Figueiredo N, Sobral V, Tavares C. Caring: building an new history of sensibility. Online Braz J Nurs [internet] 2002 [julho 03 2020]; 1(3): 18-26. Available from:<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/4612>

2. Ministério da Educação e Cultura (BR). Conselho Nacional de Educação. Câmara de Ensino Superior. Resolução CNE/CES nº 3, de 7 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Enfermagem. Diário Oficial da União (online). [Internet]. Brasília, 2001 Nov 9;1:37. [Acesso em: 03 jul. 2020]. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES03.pdf>

3. _____. Lei 7498/86, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. [Acesso em: 05 jul.2020]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986_4161.html
4. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução COFEN nº 358/2009, de 15 de outubro de 2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. In: Conselho Federal de Enfermagem [Internet]. Brasília; 2009. [Acesso em: 05 jul.2020]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html
5. Freire P. Carta de Paulo Freire aos Professores. Ensinar, aprender: leitura do mundo, leitura da palavra. [Internet]. Estudos Avançados 15 (42), 2001. [Acesso em: 27 jun. 2020]. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ea/v15n42/v15n42a13.pdf>
6. Freire P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa / Paulo Freire. – São Paulo: Paz e Terra, 1996. [E-book]. [Acesso em 04 jul. 2020]. Disponível em: <https://cpers.com.br/wp-content/uploads/2019/09/9.-Pedagogia-da-Autonomia.pdf>
7. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ. Programa de Políticas Públicas e Modelos de Atenção e Gestão à Saúde. Comunicação e Gestão do Conhecimento das Pesquisas Aplicadas ao SUS. [Acesso em: 03 jul. 2020]. Disponível em: https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/folder_pma_web.pdf
8. Lucchesi PTR. Informações para Tomadores de Decisão em Saúde Pública. Políticas Públicas em Saúde. [Internet]. [Acesso em: 03 jul. 2020]. Disponível em: http://files.bvs.br/upload/M/2004/Lucchese_Políticas_publicas.pdf
9. Campello T, Gentili P, Rodrigues M, Hoewell GR. Faces da desigualdade no Brasil: um olhar sobre os que ficam para trás. [Internet]. Rio de Janeiro, novembro 2018. V. 42, n. especial 3, P. 54-66. [Acesso em: 03 jul. 2020]. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42nspe3/0103-1104-sdeb-42-spe03-0054.pdf>
10. Bertolozzi MR, Greco RM. As políticas de saúde no Brasil: reconstrução histórica e perspectiva atuais. [Internet]. Rev.Esc.Enf.USP, v.30, n.3, p.380-98, dezembro 1996. [Acesso em: 04 jul. 2020]. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v30n3/v30n3a04.pdf>
11. Albuquerque MIN. Uma revisão sobre as Políticas de Saúde no Brasil. [Internet]. Recife: [s.n], 2015. [Acesso em: 02 jul. 2020]. Disponível em: https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/3333/1/2saud_socie_polit_public_saud_2016.pdf
12. Brasil, Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Seção II da Saúde, Art. 196 a 200. Brasília (DF): Senado Federal 1988. [Internet]. [Acesso em: 02 jul. 2020]. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/web_sus20anos/20anossus/legislacao/constituicaofederal.pdf
13. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispões sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos

serviços correspondentes e dá outras providências. [Internet]. [Acesso em: 04 jul. 2020]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm

14. Brasil. Lei nº 8.142, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. [Internet]. [Acesso em: 04 jul. 2020]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm

15. Berbel NAN. As metodologias ativas e a promoção da autonomia de estudantes. Semina: Ciências Sociais e Humanas. [Internet]. Londrina, v. 32, n. 1, p. 25-40, jan./jun, 2011. [Acesso em: 02 jul. 2020]. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/seminasoc/article/view/10326/10999>

16. Dias JAA, David HM, Scherlowski L, Vargens OMC. Ciência, enfermagem e pensamento crítico-reflexões epistemológicas. [Internet]. Recife. Rev. Enf. UFPE, 10(Supl. 4):3669-75. 2016. [Acesso em: 03 jul. 2020]. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/>

17. Nobre MRC, Bernardo WM, Jatene FB. A prática clínica baseada em evidências. Parte I: questões clínicas bem construídas. [Internet]. Rev. Assoc. Med. Bras. 49(4): 445-449. [Acesso em: 04 jul. 2020]. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-42302003000400039&script=sci_arttext&tlng=pt

18. Hermann N. O enlace entre corpo, ética e estética. [Internet]. Rer. Bras. Ed. v. 23. [Acesso em: 05 jul. 2020]. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbedu/v23/1809-449X-rbedu-e230051.pdf>

19. Oguisso T, Schimidt MJ, Freitas GF. Questões ético-legais na pesquisa em enfermagem. Oguisso T, Schimidt MJ. O exercício da enfermagem: uma abordagem ético-legal. Rio de Janeiro: Guanabara koogan 2007.

20. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução Cofen N 564/2017, aprova o Novo Código de ética de Enfermagem. [Legislação na internet]. Brasília; 2017. [Acesso 2020 jul 06]. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/12/RESOLU%C3%87%C3%83O-COFEN-N%C2%BA-564-2017.pdf>

21. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução Cofen N 564/2017, aprova o Novo Código de ética de Enfermagem. [Legislação na internet]. Brasília; 2017. [Acesso 2020 jul 06]. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/12/RESOLU%C3%87%C3%83O-COFEN-N%C2%BA-564-2017.pdf>

22. Fernandes MFP. A ética e a Bioética no contexto da educação em enfermagem. In Malagutti W. Bioética e enfermagem: controvérsias desafios e conquistas. Rio de Janeiro: editora Rubio, 2007.

23. Oguisso T, Schimidt MJ, Freitas GF. Ética e a bioética na enfermagem. Oguisso T, Schimidt MJ. O exercício da enfermagem: uma abordagem ético-legal. Rio de Janeiro: Guanabara koogan 2007.

24. Callahan D. Bioética: alguns aspectos de sua gênese e de seu desenvolvimento. In: Pessini L, Barchifontaine CP. Problemas atuais de bioética. 7. ed. São Paulo: Centro Universitário São Camilo: Edições Loyola, 2005.
25. Vieira TR. Bioética e enfermagem: uma análise interdisciplinar. In Malagutti W. Bioética e enfermagem: controvérsias desafios e conquistas. Rio de Janeiro: editora Rubio, 2007.

Brena de Nazaré Barros Rodrigues

Graduado em enfermagem pela Universidade do Estado do Pará

Laryssa Cristiane Palheta Vulcão

Graduado em enfermagem pela Universidade do Estado do Pará

Patrick da Costa Lima

Graduado em enfermagem pela Universidade do Estado do Pará

Silvia Renata Pereira dos Santos

Graduado em enfermagem pela Universidade do Estado do Pará

Glenda Keyla China Quemel

Mestranda do Programa de pós-graduação em Enfermagem
associado Universidade do Estado do Pará e Universidade Federal do Amazonas

RESUMO

Resumo: A enfermagem assume um papel importante na identificação de situações nocivas para a população infantil durante as consultas e tem autonomia para liderar ações de promoção e prevenção da saúde dos indivíduos e da comunidade em seu contexto social. As ações de educação em saúde são fundamentais para a promoção e disseminação de informações pertinentes a diversos grupos etários. Dentre as ações adotadas pelas equipes de saúde durante uma campanha de educação, a higienização é um tema recorrente, sendo uma grande estratégia para evitar o acometimento por doenças infecto contagiosas. Trata-se de um estudo descritivo e qualitativo do tipo relato de experiência acerca da vivência de acadêmicos de enfermagem que atuaram nas consultas de enfermagem do Projeto de Extensão Adote Um Sorriso no período de março a junho de 2018 em um instituto social localizado em Belém-PA, com um público alvo crianças e pré-adolescentes na faixa etária de 6 a 12 anos, acompanhadas pelos responsáveis. Os problemas identificados ocorriam principalmente decorrente da falta de conhecimento das crianças e responsáveis acerca dos cuidados adequados quanto a higienização pessoal, os quais poderiam ser solucionados por meio da educação em saúde como forma de promoção, afim de transmitir os conhecimentos científicos de forma clara e objetiva, utilizando o modo lúdico de abordagem voltado principalmente para as crianças e pré-adolescentes. Percebe-se a necessidade de orientações para pais e crianças sobre higiene e autocuidado para a manutenção da qualidade de vida tendo em vista que, na infância, problemas de higiene podem predispor à patologias que poderiam ser prevenidas. Acredita-se então que a experiência fortaleceu e mostrou a importância e atuação da enfermagem frente a comunidade, o que contribui para a formação de profissionais mais críticos e preparados para lidar com diferentes situações durante as consultas.

Descritores: Enfermagem em Saúde Comunitária; Educação em Saúde; Autocuidado.

INTRODUÇÃO

As ações de educação em saúde são fundamentais para a promoção e disseminação de informações pertinentes a diversos grupos etários, sobre situações relevantes para que a manutenção da vida ocorra com possibilidades menores de que o indivíduo seja acometido por uma enfermidade que poderia ser evitada, caso medidas necessárias fossem adotadas no próprio cenário doméstico.

Visto isso, as campanhas de educação em saúde se tornam cada vez mais importantes, principalmente em serviços de saúde da atenção primária, fato que corroborou, em 2007, com a reformulação de novas diretrizes e estratégias para a implementação da política de Educação Permanente em Saúde (EPS), proposta pelo Ministério da Saúde como uma estratégia de valorização do trabalho e dos trabalhadores e a qualidade das ações prestadas à população, fortalecendo a consolidação do SUS, valorizando a articulação ensino e serviço (SENA, et al., 2017).

Dentre as ações adotadas pelas equipes de saúde durante uma campanha de educação, a higienização é um tema recorrente, devido à importância desta prática, podendo ser uma grande estratégia para evitar o acometimento por doenças infectocontagiosas. Embora a higienização seja um procedimento simples e rotineiro, a falta de conhecimento e informação sobre os riscos de não realizar, ou de realizá-la incorretamente, são fatores que devem ser sanados, visto que, a correta higienização, realizada de forma cuidadosa e frequente, leva à ruptura do elo de transmissão de patógenos (DERHUN, et al., 2016).

A enfermagem assume um papel importante na identificação de situações nocivas para a população infantil durante as consultas e tem autonomia para liderar ações de promoção e prevenção da saúde dos indivíduos e da comunidade em seu contexto social (SILVA, et al., 2017).

Para que haja o entendimento de um grupo populacional a cerca de um determinado assunto, a enfermagem entra com uma estratégia básica para os profissionais desta área, que se traduz na consulta de enfermagem. Para tal, os objetivos desse método visam orientar, treinar e definir funções para a equipe de enfermagem; supervisionar as atividades propostas previamente pela equipe; realizar visitas domiciliares às crianças de risco; desenvolver ações educativas fornecendo informações aos responsáveis e cuidadores e identificar a situação de saúde da criança relacionando-a às suas condições de vida e considerando suas características biopsicossociais (TAVARES, 2019).

A ausência de investimento público na educação, acaba tornando precário o nível de conhecimento da população por diversos assuntos de cunho social, envolvendo saúde, economia e direitos básicos dos cidadãos e, em grande parte, a população mais afetada por conta desta precariedade são as de baixa renda, situadas em comunidades carentes e/ou locais de difícil acesso, como comunidades quilombolas, ribeirinhas ou mesmo em zonas periféricas das grandes cidades.

Sendo assim, a consulta de enfermagem dentro destas comunidades, não apenas serve para avaliar a atual situação de saúde dos moradores, mas também principalmente para levar informações e instruções pertinentes para que ocorra uma manutenção mais saudável da vida, com práticas básicas e bastante eficazes, como a higienização.

Somado a isto, Sarmanho et al., (2016) afirma que crianças representam um segmento de relevância na sociedade, por diversas necessidades como serem cuidadas por adultos, além de que os hábitos ocorridos ou iniciados nessa etapa, podem perpetuar em sua saúde ao longo da vida. E ainda, na infância ocorrem várias modificações, particularmente físicas e psicológicas, que caracterizam o crescimento e o desenvolvimento da criança.

Portanto, na assistência à criança, o cuidado deve contemplar não somente os aspectos técnicos, como também as necessidades físicas, emocionais e sociais, visando ao impacto positivo na vida pessoal e familiar.

Além disso, a necessidade de adaptação será uma crucial ferramenta para estes tipos de ações, visto que a linguagem utilizada deve se adequar para cada público, de forma a respeitar a singularidade e com a finalidade de que as crianças consigam assimilar a importância da higienização, a maneira correta de fazê-la e os benefícios que isto traz para a saúde, assim como garantir que os responsáveis compreendam a mensagem a ser transmitida e supervisionem constantemente a higienização das crianças.

Dessa maneira, o objetivo deste trabalho foi relatar a experiência de acadêmicos durante a consulta de enfermagem dentro do Projeto de Extensão Adote Um Sorriso em uma comunidade situada em Belém-PA.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo e qualitativo do tipo relato de experiência acerca da vivência de acadêmicos de enfermagem que atuaram nas consultas de enfermagem do Projeto de Extensão Adote Um Sorriso no período de março a junho de 2018 em um instituto social localizado em Belém-PA, com um público alvo de dez crianças e pré-adolescentes na faixa etária de 6 a 12 anos que estavam acompanhadas pelos responsáveis.

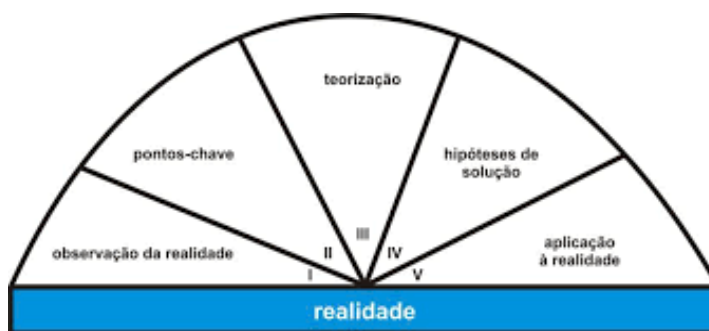
O relato de experiência é uma ferramenta da pesquisa descritiva que apresenta uma reflexão sobre uma ação ou um conjunto de ações que abordam uma situação vivenciada no âmbito profissional de interesse da comunidade científica (SARMAHO, 2016).

O Projeto de extensão Adote Um Sorriso está vinculado à uma faculdade na cidade de Belém-PA e atua em comunidades situadas em regiões periféricas com público alvo de crianças e adolescentes. É um projeto interdisciplinar onde a enfermagem tem como objetivo realizar reflexões e ações em conjunto a partir de uma situação problema. Para isso, os acadêmicos utilizaram a metodologia da problematização denominada Arco de Maguerez.

A metodologia do Arco de Maguerez segue cinco etapas de forma sequencial: Observação da realidade; Levantamento dos pontos-chaves ou identificação dos problemas onde seleciona-se o que é relevante para a representação da realidade observada; Teorização que consiste na fundamentação teórica do problema; Hipóteses de solução em que ocorre a busca da resolução do problema e por fim, a aplicação à realidade em que ocorre a busca da resolução do problema (BERBEL, 2012).

As etapas estabelecidas no Arco de Maguerez contribuem para uma reflexão crítica sobre uma realidade a ser discutida, de modo consciente e intencionalmente transformador, possibilitando um método de trabalho ativo (MELO et al., 2016).

Figura 1: Arco de Maguerez.



Fonte: Silva et al., (2014).

Seguindo a proposta metodológica relatada buscou-se criar oportunidades para refletir, discutir e construir conhecimento coletivo entre os acadêmicos sobre a realidade vivenciada dentro do projeto de extensão.

Rolim (2019) diz que a extensão universitária permite um elo do meio acadêmico com o meio social, da teoria com a prática. É o processo educativo que articula o ensino e a pesquisa de forma indissociável e viabiliza a relação transformadora entre universidade e a sociedade, refletindo diretamente na formação dos discente em uma perspectiva humana e permitindo a participação efetiva da comunidade na atenção da universidade.

RESULTADOS

Diante do exposto, os resultados são apresentados nas cinco etapas do arco de Maguerez descritas a seguir:

A primeira etapa do Arco, observação da realidade, possibilitou uma participação ativa dos acadêmicos para um olhar atento diante da realidade da comunidade na qual os mesmos puderam vivenciar. Nesse momento, os discentes passaram a avaliar e destacar os aspectos que necessitavam ser desenvolvidos, trabalhados, revisados ou melhorados. Nessa experiência, a realidade a ser observada foi uma comunidade em um bairro periférico da região metropolitana de Belém-PA durante uma ação de anamnese. Os problemas identificados ocorriam principalmente decorrente da falta de conhecimento das crianças e responsáveis acerca dos cuidados adequados quanto a higienização pessoal e doenças.

Em um estudo realizado por Rodrigues (2018) com o objetivo de investigar a prevalência e os fatores associados à ocorrência de parasitismo intestinal em crianças da zona urbana do município de Grajaú-MA, percebeu-se que um quantitativo relevante de mães das crianças afirmavam saber que a higiene das mãos interfere na prevalência de casos de parasitoses, mas não sabiam dizer o que eram as parasitoses, nem a forma correta de se manter a higienização. O estudo evidenciou também que, o grau de escolaridade pode ter influenciado no desconhecimento dessas definições. Contribuindo com a afirmativa da importância da educação em saúde como forma prevenção e promoção da saúde nessas comunidades.

Na sequência, a segunda etapa possibilitou que se realizasse um levantamento dos pontos chaves, ou seja, os fatores que favorecem o problema da realidade. Para isso, realizou-se uma reunião com intuito dos discentes discutirem em conjunto e realizarem questionamentos que condiziam a discussão, contribuindo para reflexão sobre o tema em questão. Dentre os pontos-chaves levantados, a pediculose, o problema de unhas sujas e higiene das mãos se destacaram.

Para Costa e colaboradores (2017) a pediculose de cabeça é um importante problema de saúde pública, sobretudo em países subdesenvolvidos. Ocorrendo

principalmente em locais onde o contato entre as pessoas é muito próximo. Assim como para Cunha et al., (2019) o qual afirma que diante das diferenças socioeconômicas existentes, ocorre a permanência desse agravo, sobretudo entre crianças e jovens em idade escolar.

Diante disso, e da importância da pediculose como um problema de saúde pública no Brasil e no mundo, faz-se necessário uma discussão que estabeleça a relação entre educação em saúde e a possibilidade de construção de práticas educativas sobre a pediculose para crianças no espaço escolar.

No que diz respeito a falta da higiene de mãos e unhas, se torna propício a contaminação de água e alimentos com cistos e ovos de parasitos e a penetração de larvas de helmintos na pele. Na infância, a susceptibilidade às infecções parasitárias é mais elevada em razão de os hábitos de higiene ainda serem pouco consolidados. Além disso, a conglomeração humana em ambientes favoráveis contribui com a disseminação de agentes infecciosos (JUSTINO, 2018).

Na terceira etapa do Arco, a teorização, buscou-se na literatura fundamentos para os pontos-chaves abordados anteriormente e que pudessem estimular reflexões críticas na qual os indivíduos buscam construir respostas mais fundamentadas para a problemática. Segundo Fujitai e colaboradores (2016) uma teorização bem desenvolvida leva a compreensão do problema, não somente em suas dimensões baseadas na experiência ou situação, mas também nos princípios teóricos que o explicam.

As hipóteses de soluções consistem na penúltima etapa do Arco de Maguerez e nela os acadêmicos propuseram alternativas viáveis para solucionar os problemas identificados, a partir do confronto entre teoria e realidade. Todos puderam expor suas ideias e dentre as hipóteses de solução destacaram-se: distribuição de kits de higiene pessoal; para as crianças com pediculose, realizar orientação de prevenção e cuidados com os cabelos; e para as crianças com unhas sujas, ensinar a lavagem correta das mãos utilizando tinta colorida nas mãos dos participantes e ensinar os passos da lavagem durante a ação de retorno.

Na quinta e última etapa do Arco de Maguerez que é a aplicação à realidade, houve a execução de todas as hipóteses de solução. As crianças e os responsáveis foram participativos, tiraram dúvidas e realizaram as ações corretamente. Os kits continham sabonete em barra, escova de dente e pente fino para pediculose.

Para Cardoso e Rodrigues (2016) a saúde é um eixo importante para elaboração de estratégias e tem sido uma forma de promover a saúde e estimular a troca de conhecimentos com a comunidade, trazendo ganhos importantes para a população na qualidade de vida e favorecendo espaços de discussão sobre doenças entre os estudantes e familiares, de tal forma que os mesmos se tornem aptos a difundir conhecimentos na comunidade

Por fim, os discentes destacaram que os problemas evidenciados com a problematização poderiam ser solucionados por meio da educação em saúde como forma de promoção, com intuito de transmitir os conhecimentos científicos de forma clara e objetiva, utilizando, para isto, o modo lúdico de abordagem voltado principalmente para as crianças e pré-adolescentes.

CONCLUSÃO

Percebe-se a necessidade de orientações para pais e crianças sobre higiene e autocuidado para a manutenção da qualidade de vida tendo em vista que, na infância, problemas de higiene podem predispor a patologias, como as parasitoses e pediculose, que poderiam ser prevenidas.

Desse modo, para o desempenho satisfatório das estratégias educativas, faz-se necessário conhecimento e planejamento, no sentido de desenvolver ações acerca dos hábitos de higiene, prevenção e ao tratamento. Assim, o projeto busca sair de uma perspectiva meramente curativa, realizando ações de prevenção e promoção da saúde, propondo a articulação dos saberes técnicos para seus enfrentamento e resolução.

Acerca da aplicação do Arco, foi de suma importância o conhecimento de todos sobre as etapas e a adequação da linguagem para melhor compreensão dos participantes da comunidade. Todavia, o resultado obtido foi satisfatório, uma vez que as crianças e acompanhantes que participaram das atividades passaram a refletir sobre as medidas do autocuidado e importância de executá-las como forma de prevenção a doenças.

Portanto, enxerga-se na extensão universitária uma oportunidade de se criar novos caminhos para uma transformação, em que existe uma barreira entre o conhecimento científico adquirido nas instituições de ensino e o conhecimento popular, já presente na comunidade trabalhada. E dessa forma, a educação surge como uma alternativa viável imprescindível no processo de mudança.

CONTRIBUIÇÕES E IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM

Os acadêmicos de enfermagem foram orientados a desenvolver as suas competências diante dos problemas identificados e a tentativa de resolvê-los. Acredita-se então que a experiência fortaleceu e mostrou a importância e atuação da enfermagem frente a comunidade, o que contribui para a formação de profissionais mais críticos e preparados para lidar com diferentes situações durante as consultas.

Além disso, o campo de educação em saúde compreende o processo de saúde-doença como uma resultante da relação entre fatores sociais, econômicos e culturais. A educação em saúde, requer a construção de um pensar crítico permitindo identificar os elementos determinantes para a saúde e transformar sua realidade.

Nesse sentido, as atividades apontaram novas descobertas, tornando-se espaço oportuno para a comunicação, para a contextualização, para o estabelecimento de vínculos, de reflexão, de mudanças, de construção coletiva de um saber na busca da formação de profissionais com habilidades e competências aliada ao senso crítico e transformador.

REFERÊNCIAS

BERBEL, N. A. N.; GAMBOA, S. A. S. A metodologia da problematização com o Arco de Maguerez: uma perspectiva teórica e epistemológica. **Rev Filosofia e Educação**. v. 3, n. 2, p. 264-87, 2012.

CARDOSO, S. M. M., RODRIGUES, A. P. Promoção da saúde a partir das demandas relacionadas à higiene e saúde na escola. **Revista de ciência e inovação IF Farroupilha**. v. 1, n. 2, p. 93-104, 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.26669/2448-409199>> Acesso em: 04 de jul. de 2020.

COSTA, C. C. et al. Prevalência de pediculose de cabeça em crianças inseridas em centros municipais de educação infantil. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**. 2017;7:e1558. Disponível em: <https://doi.org/10.19175/recom.v7i0.168>. www.ufsj.edu.br/recom

CUNHA, J. A. S. Os conhecimentos sobre pediculose entre estudantes de uma escola do campo vinculada às atividades do PIBID. **Revista de extensão e cultura Realização**. v. 6, n. 12, p. 44-62, 2019.

DERHUN, F. V. et al. Conhecimento de profissionais de enfermagem sobre higienização das mãos. **Cogitare Enfermagem**, Maringá-PR, 2016, v. 21. Disponível: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/45588>>. Acesso em: 03 de jul. de 2020.

FUJITA, J. A. L. M. et al. **Revista Portuguesa de Educação**. v. 29, n. 1, p. 229-258, 2016.

JUSTINO, D. C. P. Avaliação de atitudes diante da prevenção de enteroparasitoses em escolares. **Revista Ciência Plural**. v.4, n. 3, p.1-42, 2018.

MELO, M. C. et al. Aprendizagem baseada na problematização: utilizando o arco de Maguerez na graduação de enfermagem. **Rev Eletrônica Gestão e Saúde**. v. 7, n. 1, p. 247-259, 2016.

RODRIGUES, S. R et al; Projeto Parasitoses Intestinais em crianças: prevalência e fatores associados. **Rev. Ciênc. Ext.** v.14, n.3, p.50-63, 2018.

ROLIM, F. A. S. **O papel da Extensão Universitária: uma contribuição para a formação do (a) pedagogo (a) em espaços diversos**. Monografia. (Bacharel em pedagogia). Unidade Acadêmica de Educação. Universidade Federal de Campina Grande, Cajazeiras, 2019.

SARMANHO C. L. B. et al. Estratégia lúdica no ensino de boas práticas de higiene à crianças hospitalizadas. **Interdisciplinary Journal of Health Education**. v. 1, n. 2, p.144-151, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4322/ijhe.2016.023>. Acesso em: 04 de julho de 2020.

SILVA, M. F.A. et al. A enfermagem nas instituições de educação infantil – refletindo sobre essa parceria. **Rev enfermagem UFPE online**. v. 11, n. 8, p. 3311-3312, 2017.

SILVA, N. J. et al. Utilização do Arco de Maguerez Modificado como uma Metodologia Problematizadora na Síntese da p-Nitroacetanilida. **Rev. Virtual Quim**. v. 6, n. 4, p. 978-988, 2014.

SENA, R.R. et al. Educação permanente nos serviços de saúde: atividades educativas desenvolvidas no estado de Minas Gerais, Brasil. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Belo Horizonte, 2017, v. 38. Disponível: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&nrm=iso&lng=pt&tlng=pt&pid=S1983-14472017000200407>. Acesso em: 03 de julho. de 2020.

TAVARES, M.N.M. et al. Consulta de enfermagem em puericultura na estratégia de saúde da família: revisão integrativa. **Revista Nursing**, São Paulo, 2019, v. 22. Disponível: <<https://pesquisa.bvsalud.org/porta1/resource/pt/biblio-1026015>>. Acesso em: 30 de julho. de 2020.




epilaya
Editora

ISBN: 978-65-87809-06-9



CD

9 786587 809069