

ISSN 1984-753X
ISSN 2177-045X (online)

RETEP

Revista Tendências da Enfermagem Profissional
Journal of Trends of Professional Nursing

v. 14 n. 3 2021



Sumário

- 3** Editorial
- 4** Trajetória histórica da enfermagem na construção de sua identidade
Historical trajectory of nursing in the construction of its identity
João Victor Lira Dourado¹, Lidyane Parente Arruda², Antonio Rodrigues Ferreira Júnior³, Francisca Alanny Rocha Aguiar⁴.
- 11** Métodos não farmacológicos para alívio da dor utilizados no trabalho de parto
Non-pharmacological methods for pain relief used in labor
Francisca Michaeli de Moura¹, Tyane Mayara Ferreira de Oliveira², Sâmia Monteiro Holanda³, Marianne Maia Dutra Balsells⁴, Edna Maria Camelo Chaves⁵, Maria Corina Amaral Viana.⁶
- 19** Eventos adversos em unidade de terapia intensiva: uma revisão integrativa
Adverse events in the intensive care unit: an integrative review
Marcela Mabda Freitas de Almeida¹, Maria Gilvaneide Cavalcante Mota², Tatiana de Medeiros Colletti Cavalcante³.
- 28** Comunicação em cuidados paliativos
Communication in palliative care
Andressa Rueda de Oliveira¹, Aline Helena Appoloni Eduardo².
- 36** Violência sexual: Um estudo dos casos atendidos em hospital de referência
Sexual violence: A study of cases seen at a referral hospital
**Lúcia Helena Rodrigues Costa¹, Cássio de Almeida Lima², Edna de Freitas Gomes Ruas¹
Cristiano Leonardo de Oliveira Dias¹, Lorena Emanuely Mendes Grilo¹, Betina Soares dos Reis¹, André Luiz Ramos Leal², Sabrina Aparecida de Lima Mangueira³, Fernanda Marques da Costa¹.**
- 47** Análise da assistência de enfermagem no banco de leite humano: Revisão integrativa
Analysis of nursing care in the human milk bank: Integrative review
Priscila de Sousa Leitão¹, Anna Paula Sousa da Silva², Aline de Sousa Pereira³, Isabelle Cordeiro de Nojosa Sombra⁴, Thiago César Silva de Sousa⁵.
- 56** Prevalência dos fatores de risco para transtorno mental comum entre profissionais de enfermagem
Prevalence of risk factors for common mental disorder among nursing professionals
Lucijane Maria da Silva Gaspar¹, Bárbara Silva de Carvalho².
- 65** Reabilitação respiratória em pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica: Revisão integrativa
Respiratory rehabilitation in patients with chronic obstructive pulmonary disease: an integrative review
Juliana Maria de Freitas¹, Blyrlanda Maria Cavalcante de Almeida².

**Cecília Saldanha de Lima Ferreira Simeão**

Assessora Técnica de Qualidade – HGCC

Enfermeira Coordenadora do Núcleo da Qualidade / HGCC

Consultora em Gestão Hospitalar e Serviços de Saúde,

Mestranda em Gestão em Saúde - Profissional

NÚCLEO DA QUALIDADE: PRINCIPAIS CONQUISTAS E DESAFIOS

Com base no cenário em que se encontra o sistema de saúde do nosso País, principalmente nesses últimos meses, muitos desafios foram percebidos na atuação das mais diversas redes, públicas ou privadas, no concernente à disponibilidade de recursos, à urgência da reorganização interna nos hospitais e ao suporte emocional do colaborador, frente à pandemia da Covid-19. Em linhas gerais, percebe-se a existência de diversos fatores complicadores para atuar em conformidade com os fundamentos da Gestão em Saúde, o que implica na sua fundamentalidade e na especificidade do estudo na formulação de projetos da qualidade.

Outrossim, muitos pilares organizacionais perpassem pela Gestão da Qualidade, visto que a visão qualitativa dos processos em uma rede hospitalar verifica êxito e continuidade no serviço. Portanto, é relevante destacar a necessidade de disseminação e entendimento dos conceitos que envolvem esse núcleo, a partir de uma visão sistêmica e uma cultura organizacional, ambas partes da Qualidade, que envolvam a totalidade dos aspectos e características do serviço de saúde, a fim de buscar a satisfação e a creditação tanto na relação da rede com o usuário, quanto em sua organização interna.

Dito isso, urge que sejam estruturadas estratégias que atendam às necessidades de cada instituição hospitalar que, por sua vez, geram conquistas diretas e indiretas, as quais podem ser relacionadas com as áreas abordadas pelo médico e pesquisador Adevis Donabedian [1], quando trata das Dimensões da Qualidade. Preza-se pelo trio da eficiência, eficácia e efetividade, em que o sucesso na prática de serviços é conferido quando os profissionais da rede demonstram produtividade, os meios com os quais se aplica esse serviço são modernos e eficazes e há uma devida efetividade na metodologia gerada pela soma de ambos. Outra é a otimização, em que a autotutela nos processos visa otimizar tempo e recursos. Também a busca pela legitimidade e aceitabilidade, que enseja conferir ao hospital aceitação formal do usuário, conforme normativas de qualidade e gestão documental. Por fim, a dimensão da equidade é uma conquista que deve ser almejada por toda instituição, em todos os setores internos que, por sua vez, viabilizam a conformidade no serviço prestado, de modo geral, independentemente à qual natureza pertença.

Por fim, entende-se que existem possibilidades encontradas na Gestão da Qualidade para, além de contornar os mais diversos desafios, promover a maior conquista ensejada pelo Núcleo da Qualidade, gerar processos organizacionais que viabilizem melhorias nas relações internas da rede de atendimento e que impactem na experiência positiva do usuário, sejam essas avaliadas na perspectiva da Qualidade gerencial, do profissional ou da avaliada pelo usuário.



ARTIGO DE REVISÃO

Trajatória histórica da enfermagem na construção de sua identidade

Historical trajectory of nursing in the construction of its identity

João Victor Lira Dourado¹, Lidiane Parente Arruda², Antonio Rodrigues Ferreira Júnior³, Francisca Alanny Rocha Aguiar⁴.

1 Enfermeiro. Graduado. Mestrando em saúde Pública pelo Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da Universidade Federal do Ceará, CE, Brasil. **2** Enfermeira. Doutora e mestre em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde pelo Programa de Pós-graduação em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Ceará, CE, Brasil. **3** Enfermeiro. Doutor. Mestre em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza, CE, Brasil. **4** Enfermeira. Doutora. Mestre em Saúde da Família pelo Programa de Pós-graduação em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará, CE, Brasil.

Autora**Correspondente**

João Victor Lira
Dourado. E-mail:
jvdourado1996@gmail.com

**Não declarados
conflitos
de interesse**

Abstract

The objective was to describe the historical trajectory of Nursing in the construction of its identity based on national and international scientific publications. Publications with elements for the production of knowledge on the subject were selected. Productions that were not suited to answering the objective of the work were excluded. In possession of the productions, he approached them in a direct and intense way through an exhaustive reading. In a classification operation, questions for the construction of the material were delimited. The information obtained was highlighted around theoretical and interpretive dimensions. It is identified that Nursing initially aimed to carry out voluntary work for the most disadvantaged. With the Protestant Reformation, formation became dualistic, composed on the one hand by lay women and on the other by nuns. Years later, Modern Nursing was developed, based on technical and scientific rigor. In Brazil, it was exercised by men and women and, later, only by the female sex. With the proclamation of the Republic, the nursing school was created, marking the beginning of professionalization. Over time, it continued to consolidate its knowledge, with changes in skills and presented greater value in decision-making. It is noteworthy that Nursing has evolved significantly as an area of knowledge and profession.

Descriptors: Nursing. Nurses. Health occupations. History of nursing.

Resumo

Objetivou-se descrever a trajetória histórica da Enfermagem na construção de sua identidade com base nas publicações científicas nacionais e internacionais. Selecionaram-se publicações com elementos para a produção do conhecimento sobre a temática. Excluíram-se produções que não se adequavam a responder o objetivo do trabalho. De posse das produções, aproximou-se de forma direta e intensa por meio de uma leitura exaustiva. Em uma operação classificatória delimitou-se questões para a construção do material. As informações obtidas foram colocadas em evidência em torno de dimensões teóricas e interpretativas. Identifica-se que a Enfermagem inicialmente direcionava-se a realizar trabalhos voluntários para os mais desfavorecidos. Com a Reforma Protestante, a formação passou a ser dualista, composta de um lado por leigas e de outro por religiosas. Anos mais tarde, desenvolve-se a Enfermagem Moderna, com bases no rigor técnico e científico. No Brasil, era exercida por homens e mulheres e, posteriormente, apenas pelo sexo feminino. Com a proclamação da República, houve a criação da escola de enfermagem, sendo marco do início da profissionalização. Ao longo do tempo, continuou consolidando seu saber, com transformações nas competências e apresentado maior valorização na tomada de decisões. Destaca-se que a Enfermagem tem evoluído de forma acentuada enquanto área do saber e profissão.

Descritores: Enfermagem. Enfermeiros. Ocupações em saúde. História da enfermagem.

Introdução

A elaboração de uma história caracteriza-se por ser uma alternativa decorrente de algum tipo de informação, necessidade e/ou interesse de investigação e dose de paciência por parte do historiador. Esta construção depende basicamente de alguns vestígios identificados sobre o homem em determinado período do tempo. Geralmente, quando os documentos são abundantes, o historiador tem a possibilidade de fazer múltiplas escolhas, colocar em evidência aquilo que considera importante e não registrar o que lhe parece inexpressivo. Sobretudo porque é o historiador quem cria seus acervos e/ou se quiser os recria e não vagueia ao acaso pelo passado como um viajante em busca de achados, mas parte com uma intenção precisa e objetiva sobre um problema a resolver e uma hipótese de trabalho a verificar⁽¹⁾.

Ao investigar a história das profissões, tem-se a possibilidade de compreender o presente e traçar o futuro, especialmente pela forma como está veio se construindo ao longo do tempo e pelo *modus operandi* de como o saber prático e teórico foram se aproximando, dando forma àquilo que, posteriormente, se tornou profissão⁽²⁾.

A Enfermagem enquanto uma das profissões mais remotas do mundo, ao longo do tempo, vem construindo e desconstruindo sua história a partir de aspectos sociais, econômicos, políticos e culturais. Ao explorar o significado da imagem desta categoria e seus estereótipos, evidencia-se a presença de algumas marcas da trajetória histórica da profissão que permanecem vivas em detrimento de sua evolução e que merecem ser reveladas como forma de dar maior visibilidade na literatura científica⁽³⁾.

Deste modo, este estudo objetivou-se descrever a trajetória histórica da Enfermagem na construção de sua identidade com base nas publicações científicas nacionais e internacionais. Selecionaram-se produções científicas com elementos relevantes para o conhecimento da referida temática. Excluiu-se produções que não se adequavam a responder o objetivo do trabalho, com perda de validade de informações quanto a exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência.

De posse das produções elegíveis, aproximou-se de forma direta e intensa, deixando-se saturar pelo conteúdo por meio de uma leitura exaustiva. Neste momento, em uma operação classificatória, delimitou-se questões necessárias para a construção do material. As informações obtidas foram colocadas em evidência sob forma de texto em torno de dimensões teóricas e interpretativas.

Quando tudo começou

No século XVII uma das organizações que emergiu e que mantém o seu trabalho até os dias atuais é a Companhia das Irmãs de Caridade, fundada no ano de 1633, na França, pelo padre Vicente de Paulo (1576- 1660) e Luisa de Marillac (1591-1660)⁽⁴⁾. O padre Vicente era um sacerdote católico da Ordem de São Francisco de Assis, francês, modesto e calado, que desde sua inserção na igreja atentava-se com a situação dos pobres franceses. Luisa, por sua vez, era proveniente de família abastada e, após enviuvar, resolveu dedicar sua vida aos enfermos e pobres⁽⁵⁾.

A Companhia foi construída em um momento que a miséria e as doenças causadas pelas contínuas guerras prevaleciam aniquilando o país e, as agitações políticas apresentavam-se constantes. O objetivo da companhia era alimentar os pobres, cuidar dos doentes nos hospitais, ir aos domicílios daqueles que necessitassem e realizar o trabalho paroquial. Foi uma das primeiras associações a realizar cuidados de enfermagem no domicílio, inaugurando um serviço importante de assistência social. Também reorganizaram os hospitais, implantando a higiene no ambiente, individualizando os leitos dos enfermos e dirigindo todo o cuidado desenvolvido no hospital⁽⁴⁾.

A primeira superiora instituída foi Marillac, que devia receber as jovens aldeãs que quisessem consagrar-se a Deus para tratarem dos doentes, formá-las na piedade, ensinar-lhes a curar as feridas e fazer o serviço dos pobres, com a liberdade de mudá-las de paróquia e de ofício e de despedir as que não tivessem as qualidades necessárias para estas funções⁽⁵⁾.

Durante os primeiros dez anos de funcionamento, a Companhia não tinha regulamento definitivo e o que era prática, tornava-se tradição e era passado de uma a outra. O trabalho considerado braçal, mas que se constituía no cuidado de enfermagem, era realizado pelas irmãs de caridade e supervisionado pelas Senhoras da Confraria, composta por mulheres da alta sociedade que desejavam servir doentes e pobres⁽⁴⁾.

Desta forma, os rituais do cuidado construíam-se como um corpo de conhecimentos, sendo executados por pessoas específicas e ordenados por outras. O espírito de servir e o compromisso com a caridade era suficiente para a identificação daquelas que seriam enfermeiras e reconhecidas como tal pelas suas atitudes.

Tempo de mudanças

No início do século XVI ocorreu um período denominado crítico, quando com a Reforma Protestante, alguns países expulsaram pessoas religiosas dos hospitais em renúncia ao catolicismo. Muitas instituições de saúde tiveram que contratar mão de obra desqualificada e com baixa remuneração salarial. Assim, a enfermagem passou a ser desenvolvida por mulheres de moral duvidosa, a exemplo, prostitutas, alcoolistas e analfabetas. O corpo humano foi estabelecido pelo rompimento entre os conceitos de sagrado e profano, estabelecido pelo cristianismo, impossibilitando o acesso a áreas proibidas, como os órgãos sexuais⁽⁶⁾.

A formação da enfermeira era dualista composta por um lado de mulheres leigas, subornáveis, mercenárias e prostitutas e, por outro lado, religiosas e senhoras de caridade, devotas, bondosas, caridosas, assexuadas e virgens, dedicadas à filantropia, que barganhavam a salvação através da prática do cuidar. O corpo, apesar de fonte de corrupção e fornicção, ao mesmo tempo não poderia ser afastado porque era suporte aos cuidados espirituais⁽⁷⁾.

Por volta do século XIX começou-se a desenvolver a enfermagem moderna, com as suas bases de rigor técnico e científico, através de Florence Nightingale, acompanhada pela enfermeira negra jamaicana Mary Grant Seacole, que estruturou seu modelo de assistência depois de ter trabalhado no cuidado com soldados durante a guerra da Criméia⁽⁷⁾. Em 1854, 38 mulheres, irmãs anglicanas e católicas, organizaram um hospital de 4000 soldados internos, baixando a mortalidade local de 40% para 2%⁽⁴⁾.

Com o prêmio recebido do governo inglês por este trabalho, fundou a primeira escola de enfermagem no Hospital St. Thomas em Londres⁽⁴⁾, com objetivo principal de afastar a imagem das enfermeiras leigas, preocupando-se principalmente com a origem socioeconômica e conduta moral das alunas e em estabelecer a imagem da enfermeira como anjo branco, abnegada, submissa, intocável e sagrado-cristã⁽⁶⁾.

A escola formava duas categorias distintas de enfermeiros: as ladies, mulheres de classe social mais elevada, as quais desempenhavam função administrativa de supervisão, deveres e controle dos serviços de enfermagem; e as nurses, que pertenciam aos níveis sociais mais baixos e ficaram sob a direção das ladies, desenvolvendo o trabalho manual de enfermagem⁽⁸⁾.

No Brasil, durante o período colonial, em mais de três séculos todo o cuidado as pessoas doentes, foi fundamentalmente realizado por escravos. Porém, no início do século XX, passou a ser exercida tanto por homens como por mulheres e, se tornou, posteriormente, predominante pelo sexo feminino, assumindo-se a comparação das atividades de enfermagem e às qualidades e habilidades consideradas inerentes ao sexo feminino⁽⁹⁾.

Algumas personagens se destacaram pelo altruísmo no cuidar das pessoas necessitadas, a saber: Francisca de Sande, ao cuidar dos acometidos pela febre amarela e ao transformar uma de suas residências em enfermaria; Felisbina Rosa de Anunciação Fernandes e Silva, que durante a Guerra do Paraguai (1864-1870), em virtude da convocação militar de seu filho e; Anna Justina Ferreira Nery (1814-1880), que também partiu para a Guerra do Paraguai, pelos mesmos motivos de Felisbina Rosa, porém, retornou sendo reconhecida como pioneira da Enfermagem no país⁽¹⁰⁾.

Início da profissionalização no Brasil

Em 15 de novembro de 1889, o Brasil passa do Regime de Monarquia para República e os cuidados à população eram prestados, nas instituições de saúde e domicílio, por escravos, religiosas e praticantes de enfermagem. Meses após a proclamação da República, em 27 de setembro de 1890, houve a criação da Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras, anexa ao Hospício Nacional de Alienados, atual Escola de Enfermagem Alfredo Pinto da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro⁽¹¹⁾.

Em 1892, instalou-se na cidade de São Paulo o Hospital Evangélico para estrangeiros, hoje Hospital Samaritano, com um corpo de enfermeiras inglesas oriundas de escolas orientadas por Florence Nightingale⁽¹²⁾. Já em 1901, visando capacitar pessoal para o próprio hospital, requisitando estudantes nas famílias estrangeiras do Sul do país, instalou-se um curso de Enfermagem neste mesmo hospital com características do sistema *nightingaleano*, porém, essa escola nunca chegou a ser reconhecida⁽¹³⁾.

Em 1916, a Cruz Vermelha brasileira construiu uma escola de enfermagem no Rio de Janeiro, subordinada ao Ministério da Guerra, preparando enfermeiros em curso de dois anos de duração, com o intuito de treinar socorristas voluntários e, em 1920, na mesma escola, foi criado o curso de visitadoras sanitárias⁽¹⁴⁾.

Em seguida, assinou-se o Decreto 15.799, de 10 de novembro de 1922⁽¹⁵⁾, que aprovou o regulamento do Hospital Geral de Assistência do Departamento Nacional de Saúde Pública e, em seu artigo 3º traz a criação da Escola de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública, anexo aquele hospital, que em 1926, passaria a chamar-se Escola de Enfermeiras Dona Anna Nery.

Somente no ano de 1923 que se introduziu no Brasil a enfermagem moderna, através da criação da Escola de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública no Rio de Janeiro a partir do Decreto n. 15.799, de 10 de dezembro de 1922, dirigida por Carlos Chagas⁽¹⁶⁾.

Nesse contexto, o enfermeiro continuou consolidando seu saber e também seu poder sobre os demais membros da equipe de enfermagem, reafirmou-se como profissional de nível superior e desenvolveu uma prática com forte ênfase no gerenciamento do espaço assistencial e do processo de trabalho da equipe⁽¹⁷⁾.

Em 1970, a partir dos trabalhos desenvolvidos pela enfermeira Wanda de Aguiar Horta e da criação dos cursos de pós-graduação *Stricto Sensu*, a construção de um corpo específico de conhecimentos concebe-se uma Teoria de Enfermagem, sinalizando novas perspectivas para o fazer desta profissão⁽¹⁸⁾.

Na década de 80, um avanço importante para a enfermagem brasileira foi à aprovação da Lei do Exercício profissional, Lei n. 7.498, de julho de 1986⁽¹⁹⁾, que trouxe novas disposições sobre a regulamentação do exercício profissional, reconhecendo as categorias de enfermeiro, técnico e auxiliar de enfermagem.

Ocorreu ainda um período de expansão na enfermagem, devido à ampliação do número de escolas e à implantação de cursos de pós-graduação, com objetivo de incentivar o desenvolvimento de pesquisas, produções técnico-científicas e publicações⁽²⁰⁾.

Ao final dos anos 80, reconhecesse a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) como ferramenta legal no desenvolvimento da prática assistencial, sendo reforçada com a aprovação de resoluções sobre o tema pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) - Resolução COFEN 272/2002⁽²¹⁾, posteriormente, atualizada e revogada pela Resolução COFEN 358/2009⁽²²⁾.

Outros tempos, novas roupagens

Enquanto área de conhecimento a Enfermagem vem conquistando e avançando novos adeptos e reconhecimento social, inclusive proporcionando diálogo interdisciplinar, seja como referência e/ou referenciada, nos estudos acadêmicos para a produção de saberes divulgados em periódicos nacionais e internacionais⁽¹⁰⁾.

Evidencia-se, contemporaneamente, transformações nas competências e funções dos enfermeiros, quer pela influência das alterações observadas pelas necessidades em cuidados de saúde dos indivíduos, quer pela evolução do ensino de Enfermagem e quer pelas alterações legislativas do exercício da profissão realizadas em face às novas exigências. Paralelamente, percebe-se uma maior valorização do enfermeiro na tomada de decisões, tendo como alicerce a incorporação de práticas de melhor evidência disponível na literatura científica⁽²³⁾.

Configuram-se novas necessidades de cuidados, em que os enfermeiros se apresentam como determinantes para a avaliação da condição dos pacientes, na monitorização da condição de saúde e na manutenção da qualidade de vida. A ação do profissional passa a ser um componente contínuo de acompanhamento a pessoa ao longo do ciclo da vida, a qual permitirá identificar as reais necessidades em saúde, as preferências e expectativas ao longo da vida.

Então, considerando este cenário, surge a Enfermeira com Prática Avançada (EPA) definida pelo Conselho Internacional de Enfermeiros (CIE) como "a enfermeira que tenha adquirido os fundamentos de conhecimento especializado, habilidades de tomadas de decisão complexas e competências clínicas para a prática expandida, cujas características são determinadas pelo contexto do país em que está autorizada a exercer"⁽²⁴⁾.

O principal objetivo das funções da EPA é desenvolver a prática clínica com atendimento direto e indireto ao paciente, famílias, grupos, comunidades ou populações. Além da clínica, outras responsabilidades exigem o papel da EPA, incluindo a formação de enfermeiras e outros profissionais de saúde, a Prática Baseada em Evidências e pesquisas e liderança na organização e desenvolvimento profissional⁽²⁵⁾.

Dependendo dos mecanismos específicos de regulamentação de cada país, os enfermeiros com prática avançada podem ter maior âmbito da prática com a proteção do título e a autoridade legal para diagnosticar, prescrever medicamentos e tratamentos, encaminhar os pacientes para outros profissionais de saúde e admitir pacientes no âmbito hospitalar. As formas como a enfermeira especialista clínica (CNS) e enfermeira de prática clínica (EPC) implementam suas funções é altamente variável e depende das necessidades de saúde e dos cenários populacionais. No geral, a CNS tem um conhecimento profundo de uma área especializada da prática de enfermagem e têm o mesmo âmbito de aplicação prática de uma enfermeira registrada⁽²⁶⁾.

O escopo dos papéis da EPA no mundo ainda não é conhecido. A introdução das competências da EPA está em diferentes estágios de desenvolvimento em vários países e o fato é que existem mecanismos inconsistentes para a regulamentação e identificação dos enfermeiros desempenhando esse papel, o que torna difícil controlar e rastrear padrões de prática⁽²⁵⁾.

De acordo com o CIE⁽²⁷⁾, 70 países têm ou estão interessados na inserção das competências da EPA. Os papéis da EPA mais reconhecidos se encontram em países de alta renda, a exemplo, Estados Unidos da América, Canadá, Reino Unido e Austrália⁽²⁸⁾. Na última década, houve uma maior expansão dos papéis da EPA, especialmente, em países de alta renda da Europa, África, Ásia e Oriente Médio⁽²⁹⁾. Identifica-se poucos relatos de desenvolvimento do papel da EPA em países de baixa e média renda⁽²⁵⁾.

Conclusão

A Enfermagem ao longo do tempo tem evoluído de forma acentuada enquanto grande área do saber da Ciências da Saúde e profissão com competências e habilidades específicas que permitem identificar sua

identidade singular e pluralidade no campo da saúde. Esta ainda permanece em processo de desenvolvimento acelerado e constante frente aos desafios que são impostos pela sociedade contemporânea, contudo, ainda se faz necessário avançar enquanto profissão comprometida com a Ciência.

Considera-se que é preciso o desenvolvimento de novos estudos como forma de garantir a continuidade de publicações relacionadas à história da enfermagem, o reconhecimento de estudos sobre o tema e valorização dessa linha de pesquisa. Acredita-se que a realização de investigações nesta área, pode revelar distintos aspectos do passado e permitir reflexões sobre o momento atual da profissão.

REFERÊNCIAS

1. Febvre L. De 1892 a 1933: exame de consciência de uma história e de um historiador. In: Febvre L. Combate pela história. 2 ed. Lisboa: Presença; [s.d.].
2. Padilha MICS, Borenstein MS. História da Enfermagem: ensino, pesquisa e interdisciplinaridade. Esc Anna Nery Rev Enferm. [Internet]. 2006 Dec [cited 2019 Nov 02];10(3):532-538. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452006000300024&lng=en
3. Costa R, Padilha MI, Amante LN, Costa E, Bock LF. O legado de Florence Nightingale: uma viagem no tempo. Texto & contexto enferm. [Internet]. 2009 Dec [cited 2019 Nov 02];18(4):661-669. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072009000400007&lng=en
4. Padilha MICS, Mancina JR. Florence Nightingale e as irmãs de caridade: revisitando a história. Rev bras enferm. [Internet]. 2005 Dec [cited 2019 Nov 04];58(6):723-726. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672005000600018&lng=en
5. Castro JCM. Vida de Luiza de Marillac - fundadora das irmãs de caridade. Petrópolis: Vozes; 1936.
6. Silveira MFA, Gualda DMR, Sobral VRS. Body and nursing: a delicate relationship. Online braz j nurs. [internet]. 2003 [cited 2019 Nov 05];2(3):3-10. Available from: <file:///C:/Users/user/Downloads/4879-24365-1-PB.pdf>
7. Stacciarini JM, Andraus LMS, Esperidião E, Nakatani AK. Quem é o enfermeiro? Rev eletrônica enferm. [Internet]. 1999 [cited 2019 Nov 07];1(1). Available from: http://www.fen.ufg.br/revista/revista1_1/Quem.html
8. Geovanini T. Uma abordagem dialética da enfermagem. In: Geovanini T, Moreira A, Shoeller S, Machado WCA. História da enfermagem versões e interpretações. Rio de Janeiro: Revinter; 2005.
9. Gentil RC. O enfermeiro não faz marketing pessoal: a história explica por quê? Rev bras enferm. [Internet]. 2009 Dec [cited 2019 Nov 08];62(6):916-918. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000600019&lng=en
10. Porto F. História da enfermagem no brasil. Cult cuid. [Internet]. 2009 [cited 2019 Nov 08];2(26):7-8. Available from: <http://www.index-f.com/cultura/26pdf/26007008.pdf>
11. Silva RPG, Backes A, Rodrigues RM. Reformas curriculares no ensino de graduação em enfermagem: processos, tendências e desafios. Ciênc cuid saúde. [Internet]. 2007 Apr/June [cited 2019 Nov 08];6(2):223-230. Available from: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/4169/2759>
12. Medeiros M, Tipple ACV, Munari DB. A expansão das escolas de enfermagem no Brasil na primeira metade do século XX. Rev eletrônica enferm. [Internet]. 2008 [cited 2019 Nov 12];1(5). Available from: <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/index>
13. Fernandes JD. O sentido político, ideológico e econômico da expansão das escolas de enfermagem. Rev baiana enferm. [Internet]. 1983 May [cited 2019 Nov 12];1(1):62-72. Available from: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=Ink&expSearch=31075&indexSearch=ID>

14. Galleguillos TGB. Avaliação da educação superior da enfermagem na perspectiva da comissão assessora de avaliação para a enfermagem. [Tese]. São Paulo: Faculdade de Educação da Universidade de São Paulo; 2007.
15. Brasil. Decreto n.º 15.799, de 10 de novembro de 1922. Aprova o regulamento do Hospital Geral de Assistência do Departamento Nacional, de Saúde Pública. *Diário Oficial da União* 14 nov 1922;1:21475.
16. Silveira CA, Paiva SMA. A evolução do ensino de enfermagem no brasil: uma revisão histórica. *Ciênc cuid saúde*. [Internet]. 2011 Jan/Mar [cited 2019 Nov 12];10(1):176-183. Available from: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/6967/pdf>
17. Pires D. A enfermagem enquanto disciplina, profissão e trabalho. *Rev bras enferm*. [Internet]. 2009 Oct [cited 2020 Feb 14];62(5):739-744. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000500015&lng=en
18. Barros ALBL, LOPES JL. A legislação e a sistematização da assistência de Enfermagem. *Enferm foco* [Internet]. 2010 [cited 2020 Feb 14];1(2):63-5. Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/viewFile/17/18>
19. Brasil. Lei n.º 7.498, de julho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 26 jun 1986;3(1):363.
20. Carvalho V. Acerca da interdisciplinaridade: aspectos epistemológicos e implicações para a enfermagem. *Rev Esc enferm USP*. [Internet]. 2007 Sept [cited 2019 Nov 16];41(3):500-507. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342007000300022&lng=en
21. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução n.º 272, de 27 de agosto de 2002. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE - nas Instituições de Saúde Brasileiras. *Diário Oficial da União* 27 ago. 2002.
22. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução n.º 358, 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. *Diário Oficial da União* 15 out 2009; Seção 1.
23. Silva RS, Bittencourt IS, Paixão GPM. *Enfermagem Avançada: um guia para a prática*. Salvador: Editora Sana; 2016.
24. International Council of Nurses. *The Scope of Practice, Standards and Competencies of the Advanced Practice Nurse*. Geneva: International Council of Nurses; 2008.
25. Bryant-Lukosius D, Valaitis R, Martin-Misener R, Donald F, Peña LM, Brousseau L. Enfermagem com prática avançada: uma estratégia para atingir cobertura universal de saúde e acesso universal à saúde. *Rev latinoam enferm*. [Internet]. 2017 [cited 2019 Nov 18];25:e2826. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692017000100301&lng=en
26. Lewandowski W, Adamle K. Substantive areas of clinical nurse specialist practice: A comprehensive review of the literature. *Clin Nurse Spe*. [Internet]. 2009 [cited 2019 Nov 18];23(2):73-90. Available from: https://journals.lww.com/cns-journal/Abstract/2009/03000/Substantive_Areas_of_Clinical_Nurse_Specialist.8.aspx
27. International Council of Nurse. *The Most Frequently Asked Questions of the ICN International Nurse Practitioner*. Advanced Practice Nursing Network. Geneva: International Council of Nurses; 2015.
28. Delamaire ML, Lafortune G. *Nurses in Advanced Roles: Description and Evaluation of Practices in 12 Developed Countries*. Geneva; Health Working Papers; 2010.
29. Jokiniemi K, Haatainen K, Meretoja R, Pietilä AM. The future of the clinical nurse specialist in Finland. *J Nurs Scholarsh*. [Internet]. 2015 Jan [cited 2019 Nov 20];47(1):78-85. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25294391>

ARTIGO DE REVISÃO



Métodos não farmacológicos para alívio da dor utilizados no trabalho de parto

Non-pharmacological methods for pain relief used in labor

Francisca Michaeli de Moura¹, Tyane Mayara Ferreira de Oliveira², Sâmia Monteiro Holanda³, Marianne Maia Dutra Balsells⁴, Edna Maria Camelo Chaves⁵, Maria Corina Amaral Viana.⁶

1 Enfermeira, Graduação, Residente em enfermagem Obstétrica pela Escola de Saúde Pública do Ceará. **2.** Enfermeira, Mestra em Enfermagem, Doutoranda em Enfermagem, Universidade Federal do Ceará. **3.** Enfermeira Obstétrica, Mestra em Enfermagem, Universidade Federal do Ceará. **4.** Enfermeira Obstétrica, Mestra em Enfermagem, Universidade Federal do Ceará

Abstract

This study aims to describe the non-pharmacological methods for pain relief used in labor. Cross-sectional epidemiological research carried out in a natural delivery room of a Tertiary Hospital in the State of Ceará, in Fortaleza/CE. The population corresponded to 300 deliveries performed between August 2019 and July 2020. In 215 deliveries, non-pharmacological methods were used for pain relief. Of these, 140 were performed by nurses. As for non-pharmacological methods, the most used was walking (75.35%), and the least applied was conscious breathing (0.93%). In this context, the importance of Obstetric Nursing for the application of non-pharmacological methods and good practices in labor and delivery is observed, since these professionals were more present in the use of these practices.

Descriptors: Labor. Pain. Humanized birth. Nursing

Resumo

O presente estudo tem por objetivo descrever os métodos não farmacológicos para alívio da dor utilizados no trabalho de parto. Pesquisa epidemiológica, do tipo transversal, realizada em sala de parto natural de um Hospital Terciário do Estado do Ceará, em Fortaleza/CE. A população correspondeu a 300 partos realizados entre agosto de 2019 a julho de 2020. Em 215 partos foram utilizados os métodos não farmacológicos para alívio da dor. Desses, 140 foram realizados por enfermeiros. Quanto aos métodos não farmacológicos o mais usado foi a deambulação (75,35%), e o menos aplicado foi a respiração consciente (0,93%). Nesse contexto, observa-se a importância da Enfermagem Obstétrica para a aplicação dos métodos não farmacológicos e das boas práticas no trabalho de parto e parto, uma vez que esses profissionais mostraram-se mais presentes no uso dessas práticas.

Descritores: Trabalho de parto. Dor. Parto Humanizado. Enfermagem.

**Autora
Correspondente**
Francisca Michaeli
de Moura. E-mail:
michaelimoura27@
gmail.com

**Não declarados
conflitos
de interesse**

Introdução

A Organização Mundial da Saúde (OMS) enfatiza que a assistência prestada durante o parto à parturiente e ao recém-nascido visa garantir a segurança dos mesmos, cabendo aos profissionais de saúde intervir quando for necessário⁽¹⁾. Durante o trabalho de parto, a dor possui aspectos objetivos relacionados as alterações mecânicas e endócrinas, mas também envolve aspectos subjetivos como a ansiedade e o medo que potencializam essa experiência ao longo do processo parturitivo⁽²⁾.

A presença e o apoio do acompanhante, a participação da mulher nas decisões, as expectativas prévias da parturiente, o uso de métodos não farmacológicos (MNFs) para o alívio da dor e o tipo de parto são alguns fatores que influenciam essa experiência⁽³⁾.

Segundo o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), o conceito de humanização compreende dois elementos importantes: o primeiro é o comprometimento das unidades de saúde em receber com dignidade a mulher, a família e o recém-nascido, e o segundo, refere-se ao desenvolvimento de práticas comprovadamente benéficas para a assistência prestada no parto e nascimento, evitando-se, assim, intervenções desnecessárias⁽⁴⁾.

Nesse contexto, para uma atenção humanizada ao parto é necessária a perspectiva de que este se trata de uma experiência humana. Logo, acolhimento, escuta, orientação e estabelecimento de vínculo, são aspectos fundamentais no cuidado à mulher, haja vista que a humanização da assistência torna a experiência positiva e enriquecedora⁽⁵⁾. Destarte, durante o trabalho de parto, algumas práticas como oferta de dieta oral, acompanhante de livre escolha, uso de MNFs para alívio da dor, liberdade de posição e movimento da parturiente, e uso do partograma devem ser estimuladas⁽⁶⁾.

Note-se que os MNFs são tecnologias de cuidados baseado nos conhecimentos estruturados, não necessitando de equipamentos sofisticados, podendo ser aplicados tanto pelo profissional que encontra-se assistindo o trabalho de parto quanto pelo acompanhante⁽⁷⁾. Entre os tipos mais comuns de MNFs pode-se citar: deambulação, banho de imersão ou aspersão, massoterapia, aromaterapia, bola suíça, musicoterapia, exercícios de respiração e de relaxamento muscular, suporte contínuo e eletroestimulação nervosa transcutânea, entre outros⁽⁸⁾. O uso desses métodos é de suma importância, pois, são seguros e ocasionam menos intervenções nas parturientes⁽⁹⁾.

Além disso, a prática desses métodos deixa o parto acontecer naturalmente, reduzindo, assim, o número de intervenções, partos cesáreos desnecessários e o uso de medicamentos, promovendo ainda o desenvolvimento da autonomia da parturiente e a participação do acompanhante⁽¹⁰⁾. Nesse cenário, pretende-se responder a seguinte pergunta: Quais são os métodos não farmacológicos para o alívio da dor mais utilizados em uma sala de parto de um Hospital Terciário do Estado do Ceará?

Debates sobre formas de qualificar a atenção obstétrica e retomar o protagonismo da mulher no nascimento, com ênfase em evidências científicas acerca de danos ao binômio mãe-bebê vem ascendendo cada vez mais. Partindo da premissa de que uma assistência humanizada ao parto normal é fundamental para auxiliar as mulheres a vivenciarem o processo do trabalho de parto e parto de uma forma mais satisfatória e tranquila, a oferta dos MNFs na sala de parto configura-se como uma prática capaz de auxiliar no empoderamento das parturientes no processo de parir.

Espera-se que a disseminação, cada vez mais, de um modelo de assistência humanizada, prestada a parturiente, possa reduzir intervenções desnecessárias, porém, ainda presente nos dias atuais, estimulando-se assim, a autonomia da mulher e tornando o parto o mais natural possível. Diante do exposto, o presente estudo tem por objetivo descrever os métodos não farmacológicos para alívio da dor utilizados no trabalho de parto em uma sala de parto de um Hospital Terciário do Estado do Ceará.

Métodos

Trata-se de um estudo documental, do tipo transversal desenvolvido em uma sala de parto normal de um hospital terciário do estado do Ceará, Fortaleza/CE. A população do estudo incluiu todos os prontuários de puérperas assistidas em sala de parto normal, atendidas na maternidade acima citada, no período de agosto de 2019 a julho de 2020. Os critérios de inclusão foram: parto vaginal de gestação a termo. Foram excluídos os prontuários que tinham informações incompletas e/ou ilegíveis e os partos que evoluíram para óbito fetal.

A coleta de dados foi realizada no período de setembro a novembro de 2020, utilizando-se um formulário elaborado pela autora com as variáveis relacionadas a aspectos sociodemográficos (idade materna, raça/cor e escolaridade), e indicadores de parto (MNFs utilizados, presença de acompanhante, dieta oferecida, contato pele a pele, amamentação na primeira hora de vida e o profissional que acompanhou o parto). Os dados foram coletados no livro da rede cegonha que fica alocado na sala de parto e apresenta dados relacionados aos indicadores do parto e nos prontuários das pacientes que constam dados sociodemográficos.

O banco de dados foi organizado em planilhas do programa *Microsoft Excel* 2010 e sua análise foi realizada por meio de estatística descritiva simples. A descrição das variáveis foi realizada por meio das frequências absolutas (N) e relativas (%). Os dados foram agrupados em quadros, gráficos e tabelas, submetidos à análise descritiva e numérica inferencial, bem como foram analisados à luz da literatura. O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, sob parecer número 4.191.925.

Resultados

Quanto as variáveis sociodemográficas, a idade variou de 13 a 43 anos, apresentando uma média de 24,9 anos (desvio padrão = $\pm 6,42$). A maioria das puérperas tinha entre 20 e 29 anos (52,33%). Quanto à raça/cor materna, verificou-se que 281 (93,67%) puérperas eram pardas, seguida por 18 (6%) branca. No tocante a escolaridade 132 (44%) puérperas tinham ensino médio completo, 45 (15%) tinham a alfabetização e apenas 5 (1,66%) das puérperas tinham ensino superior completo e 8 (2,67%) tinham ensino superior incompleto. A Tabela 1 evidencia a distribuição segundo as variáveis sociodemográficas.

Tabela 1: Distribuição dos dados segundo variáveis sociodemográficas de puérperas no período de agosto de 2019 a julho de 2020. Fortaleza, agosto/2019-julho/2020.

Variável	Total (N=300)	
	N (quantidade)	N (%)
Idade (anos)		
10-14 anos	5	1,67
15-19 anos	67	22,33
20-29 anos	157	52,33
30-39 anos	67	22,33
40 anos ou mais	4	1,33
Raça/cor		
Branca	18	6
Preta	0	0
Amarela	1	0,33
Parda	281	93,67
Indígena	0	0
Escolaridade		

Analfabeta	3	1
Alfabetizada	45	15
Ensino fundamental incompleto	45	15
Ensino fundamental completo	35	11,67
Ensino médio incompleto	27	9
Ensino médio completo	132	44
Ensino superior incompleto	8	2,67
Ensino superior completo	5	1,66

Fonte: Próprio autor

Dos 300 partos vaginais, 150 foram acompanhados pela equipe médica (residentes de obstetria e ginecologia e plantonistas) e os demais por enfermeiros obstetras ou por residentes de Enfermagem Obstétrica. Considerando o total de 300 partos, 215 (71,66%) puérperas utilizaram os MNFs. Desses 215 partos, 140 (65,12%) foram assistidos por enfermeiros e 75 (34,88%) por médicos.

Dos 150 partos assistidos pela equipe médica, em 75 (50%) dos partos foram utilizados os MNFs. Já nos 150 partos acompanhados por enfermeiros obstetras e residentes de Enfermagem Obstétrica, 140 (93,33%) utilizaram métodos. Quanto aos MNFs utilizados no trabalho de parto, os mais utilizados foram deambulação (75,35%), massagem (72,56%), cavalinho (40%) e musicoterapia (36,74%). Já os menos usados foram rebozo (3,72%) e respiração consciente (0,93%), conforme demonstrado na tabela 2.

Tabela 2: Distribuição dos métodos não farmacológicos para alívio da dor utilizados durante o trabalho de parto no período de agosto de 2019 a julho de 2020. Fortaleza, agosto/2019-julho/2020.

Variável	Total (N= 215)	
	N (quantidade)	N (%)
Métodos não farmacológicos		
Bola	25	11,63
Cavalinho	86	40
Massagem	156	72,56
Compressa morna	27	12,56
Musicoterapia	79	36,74
Escada de sling	42	19,53
Chuveiro (banho de aspersão)	50	23,25
Deambulação	162	75,35
Rebozo	8	3,72
Penumbra	52	24,19
Respiração consciente	2	0,93

Fonte: Próprio autor

Em relação as variáveis relacionadas aos indicadores de parto, obteve-se que a dieta líquida esteve presente em 283 (94,33%) partos, seguido do contato pele a pele com 246 (82%), da presença do acompanhante com 179 (59,66%) e da amamentação na primeira hora de vida 165 (55%).

Considerando, os 200 partos de agosto de 2019 a março de 2020, em que foi possível a presença do acompanhante, 179 (89,5%) dos partos o acompanhante estava presente. No entanto, a partir da adoção de medidas restritivas devido a Covid-19 no período de abril a julho de 2020, considerando, pois, os 100 partos assistidos nesse período, todos (100%) não havia a presença do acompanhante. Tal motivo deveu-se a proibição do acompanhante, com o intuito de reduzir o risco de transmissão da doença, em virtude da pandemia relacionada a doença Coronavírus 19 (Covid-19), no período do final do mês de março e início de abril do ano de 2020.

Discussão

A idade materna não deve mais ser vista como um fator de risco, desde que seja realizado um acompanhamento adequado desta gestante desde o pré-natal até o parto e puerpério, uma vez que os resultados encontrados condicionam prognósticos maternos e perinatais iguais aos das mulheres mais jovens. Neste estudo, a faixa etária predominante é de adultas jovens, entre 20 e 29 anos⁽¹¹⁾.

A predominância da cor parda neste estudo corrobora com os resultados de um estudo realizado em Salvador (Bahia), com uma amostra de 337 mulheres, em que 59,6% se autodeclararam pardas, resultado encontrado, também semelhante, quanto à escolaridade, em que 49% apresentavam o ensino médio completo⁽¹²⁾. Logo, observa-se que a presente pesquisa, observou-se que a maioria das gestantes apresentava nível de escolaridade que possibilitava a capacidade de compreensão e adesão dos MNFs para alívio da dor durante o trabalho de parto.

A dor no trabalho de parto é considerada biológica e fisiológica, estando relacionada com as contrações uterinas e a dilatação cervical. Nesse sentido, deve-se considerar que a dor é uma experiência única e que apresenta um aspecto subjetivo que é influenciado por aspectos biológicos, culturais, socioeconômicos e de caráter emocional, variando de acordo com cada mulher^(13,14).

Ademais, o uso dos MNFs para alívio da dor durante o processo parturitivo possui o papel fundamental de tornar o parto o mais natural possível, proporcionando a participação ativa da mulher e do seu acompanhante no controle da dor, buscando resgatar a sua autonomia, reduzindo intervenções e cesarianas desnecessárias, bem como a administração de fármacos⁽⁸⁾. O uso de MNFs para alívio da dor promove uma experiência positiva no nascimento, pois fornecem meios de aliviar a dor de forma não invasiva e menos estressante, além de reduzirem também o uso de intervenções desnecessárias⁽¹⁵⁾.

Estudo realizado em 2018, em uma unidade obstétrica no Rio Grande do Sul, identificou uma fragmentação da assistência prestada as mulheres durante o trabalho de parto e parto, o que representou um obstáculo para a efetivação das boas práticas durante o parto e nascimento, uma vez que, uma assistência humanizada depende da atuação de cada profissional⁽¹⁶⁾.

Quanto aos MNFs, a maioria das parturientes utilizaram algum MNF, entre os mais utilizados estão: a deambulação com 75,35% e a massagem com 72,56%.

Estudos mostram que a deambulação deve ser estimulada na fase de latência e na fase inicial do trabalho de parto ativo, pois a mesma pode reduzir a duração da fase ativa por ação da gravidade que proporciona contrações uterinas mais eficazes, além de aliviar a dor e reduzir o uso de analgesia farmacológica⁽¹⁷⁾.

A massagem é um MNF simples e de baixo custo que facilita a consciência corporal. É realizada por meio do toque e manipulação dos tecidos, promovendo o alívio da dor, além de potencializar o relaxamento, reduzindo o estresse emocional e melhorando o fluxo sanguíneo e a oxigenação dos tecidos⁽¹⁸⁾.

Ao se comparar os partos assistidos por enfermeiros e por médicos, verifica-se que os enfermeiros utilizaram mais esses métodos, pois, dos 215 partos em que foram utilizados os MNFs, 65,12% foram assistidos por enfermeiros obstetras ou residentes de Enfermagem Obstétrica. A participação da enfermagem no uso de MNFs durante o trabalho de parto é expressiva, e isso se deve a formação da profissão que se baseia no cuidar respeitando os aspectos fisiológicos do parto⁽⁹⁾.

Diante dos resultados encontrados com relação ao uso dos MNFs utilizados e aplicação das boas práticas no trabalho de parto e parto, obteve-se que os partos assistidos pelo enfermeiros obstetras e residentes de Enfermagem Obstétrica fizeram maior uso dessas práticas, dessa forma deve-se refletir que esses dados podem estar relacionados à presença do residente, que por estar em um processo de formação demanda de mais tempo para prestar uma assistência de maior qualidade e mais atualizada.

Neste estudo mais de 90% das parturientes fizeram a ingestão de líquidos durante o processo parturitivo. Durante o trabalho de parto a parturiente apresenta um gasto energético elevado, logo, deve-

se estimular a ingesta de líquidos pois a mesma proporcionará aporte hídrico e calórico para a mulher, não aumentando a incidência de complicações⁽²¹⁾.

O contato pele a pele consiste em posicionar o recém-nascido em prona sobre a região torácica da mãe com o intuito de melhorar a adaptação dele a vida extrauterina, promovendo a manutenção da temperatura corporal, acelerando a adaptação metabólica, além de estimular precocemente o vínculo entre mãe e bebê e favorecer o início precoce da amamentação⁽²²⁾. Na corrente pesquisa, observou-se que em 82% dos partos ocorreu o contato pele a pele.

Percebe-se que as ações de apoio que o acompanhante desenvolve durante o processo de parturição auxiliam na redução da dor e da ansiedade⁽¹⁹⁾. Elas funcionam ainda como um fator protetor na redução de intervenções desnecessárias e práticas danosas, promovendo assim a adoção de boas práticas⁽²⁰⁾.

Desde o ano de 2005 existe a Lei do Acompanhante (Lei nº 11.108/2005) que garante à todas as gestantes a presença de um acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, sendo esse acompanhante de escolha da parturiente. Segundo nota técnica do Ministério da Saúde sugere-se a presença do acompanhante no caso de pessoa assintomática, com idade entre 18 e 59 anos e não contato domiciliar com pessoas com síndrome gripal ou infecção respiratória comprovada por SARS-CoV-2. Logo, mesmo durante a pandemia deve-se assegurar a presença do acompanhante, uma vez que, essa restrição viola os direitos das mulheres e as recomendações de órgãos de saúde nacionais e internacionais.

A amamentação na primeira hora, por sua vez, aconteceu em apenas 55% dos partos. Resultado semelhante foi observado em um estudo realizado em Fortaleza, em que 65,3% dos partos ocorreu a amamentação⁽²¹⁾. Estudo mostra o efeito protetor do aleitamento na primeira hora de vida sobre a redução das taxas de mortalidade neonatal⁽²³⁾.

Conclusão

Diante do presente estudo conclui-se que os MNFs mais utilizados durante o trabalho de parto foram a deambulação com 75,35% e a massagem com 72,56%, e os menos usados foram o rebozo com 3,72% e a respiração consciente com 0,93%. Observa-se a importância da Enfermagem Obstétrica tanto para a aplicação dos MNFs quanto para assegurar as boas práticas no trabalho de parto e parto, uma vez que esses profissionais se mostraram mais suscetíveis ao uso dessas práticas.

No entanto, a dependência encontrada de que o profissional que acompanha o processo parturitivo venha a aderir ou não os métodos citados, torna-se um fator determinante para a disseminação dos mesmos para todas as parturientes. Dessa forma, difundir os MNFs na prática profissional obstétrica, incrementaria o processo de humanização, pois torna o trabalho de parto e o parto tal como deveria ser, sendo o momento mais natural possível, com o enfoque no protagonismo da parturiente.

Para isso, é importante que, desde o pré-natal, essas mulheres tenham conhecimento sobre tal prática, além de que todos os profissionais que lhes prestam assistência procurem se capacitar e se atualizar nas boas práticas de atenção ao parto. Por fim, pode-se citar como limitação do estudo: a utilização de dados secundários, que estão sujeitos a sub registros e a ilegibilidade, além do fato da pesquisa ter sido realizada em uma única instituição.

Referências:

1. Salimena AMO, Paula MBM, Souza IEO, Queiroz ABA, Amorim TV, Melo MCSC. Trabalho de parto e o parto: compreensão de mulheres e desvelamento da solicitude como possibilidade assistencial. REME – Rev Min Enferm. 2019;23:e-1201.
2. Tostes NA, Seidl EMF. Expectativas de gestantes sobre o parto e suas percepções acerca da preparação para o parto. Temas psicol. [Internet]. 2016 Jun; 24(2): 681-693.
3. Costa R, Figueiredo B, Pacheco A, Pais A. Parto: expectativas, experiências, dor e satisfação. Psic., Saúde & Doenças. 2003; 4(1): 47-67.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Humanização do Parto: Humanização no Pré-natal e nascimento. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2002.
5. Possati AB, Prates LA, Cremonese L, Scarton J, Alves CN, Ressel LB. Humanization of childbirth: meanings and perceptions of nurses. **Escola Anna Nery** [Internet]. 2017; 21 (4): e20160366.
6. Silva TPR, Dumont-Pena É, Sousa AMM, Amorim T, Tavares LC, Nascimento DCP et al . Enfermagem Obstétrica nas boas práticas da assistência ao parto e nascimento. Rev. Bras. Enferm. [Internet]. 2019 Dez; 72 (Suppl 3): 235-242.
7. Gayeski ME, Bruggemann OM. Métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto: uma revisão sistemática. Texto contexto - enferm. [Internet]. 2010 Dez; 19(4): 774-782.
8. Lehugeur D, Strapasson MR, Fronza E. Manejo não farmacológico de alívio da dor em partos assistidos por enfermeira obstétrica. **Revista de Enfermagem Ufpe On Line** [Internet]. 2017 Dez; 11(12): 4929-37.
9. Souza ENS, Aguiar MGG, Silva BSM. Métodos não farmacológicos no alívio da dor: equipe de enfermagem na assistência a parturiente em trabalho de parto e parto. Rev. Enfermagem Revista. 2015; 18(2): 42-56.
10. Pereira TCB, Mascarenhas TR, Gramacho RCC. V. **Métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto: uma revisão sistemática de literatura (monografia). Salvador (BA):** Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública; 2016.
11. Parada CMGL, Tonete VLP. Experiência da gravidez após os 35 anos de mulheres com baixa renda. Esc. Anna Nery [Internet]. 2009 Jun;13(2): 385-392.
12. Andrade LFB, Rodrigues QP, Silva RCV. Boas Práticas na atenção obstétrica e sua interface com a humanização da assistência. Revista Enfermagem UERJ [Internet]. 2017 Dez; 25(e.26442).
13. Ferreira M de LSM, Giaxa TE, Popim RC, Meneguim S. Dor como motivo de busca para assistência ao trabalho de parto hospitalar. Rev. Eletr. Enferm. [Internet]. 28 de nov de 2017;19.
14. Mafetoni RR, Shimo AKK. Métodos Não Farmacológicos Para Alívio Da Dor No Trabalho De Parto: Revisão Integrativa. Reme: Rev Min Enferm. 2014; 18 (2): 505-12.
15. Lopes GC, Gonçalves AC, Gouveia HG, Armellini CJ. Atenção ao parto e nascimento em hospital universitário: comparação de práticas desenvolvidas após Rede Cegonha. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2019; 27: e3139.

16. Pereira SB, Diaz CMG, Backes MTS, Ferreira CLL, Backes DS. Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento na perspectiva de profissionais de saúde. *Rev. Bras. Enferm.* [Internet]. 2018; 71(Suppl 3): 1313-1319.
17. Silva DAO, Ramos MG, Jordão VRV, Silva RAR, Carvalho JBL, Costa MM. Uso de métodos não farmacológicos para o alívio durante o trabalho de parto normal: revisão integrativa. *Rev enferm UFPE.* 2013; 7(esp):4161-70.
18. Araújo ASC, Correia AM, Rodrigues DP, Lima LM, Gonçalves SS, Viana APS. Métodos não farmacológicos no parto domiciliar. *Revista de Enfermagem UFPE.* 2018; 12(4), 1091-1096.
19. Junges CF, Brüggemann OM, Knobel R, Costa R. Support actions undertaken for the woman by companions in public maternity hospitals. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. 2018; 26: e2994.
20. Monguilhott JJ Costa, Brüggemann OM, Freitas PF, d'Orsi E. Nascer no Brasil: a presença do acompanhante favorece a utilização das melhores práticas na assistência ao parto na região Sul do Brasil. *Rev. Saúde Pública* [Internet]. 2018; 52: 1.
21. Melo BM, Gomes LFS, Henriques ACPT, Lima SKM, Damasceno AKC. Implementation of good practice in assistance to labor at a reference maternity. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste** [Internet]. 2017; 18(3): 376-82.
22. Bezerra LDA, Pereira AMM, Jorge HMF, Melo LPT, Feitoza SR, Amorim MLS. Benefícios do contato pele a pele para o recém-nascido. **ReTEP- Rev. Tendên. da Enferm. Profis** [internet]. 2016; 8(3): 2050-55.
23. Boccolini CS, Carvalho ML, Oliveira MIC, Pérez-Escamilla. A amamentação na primeira hora de vida e mortalidade neonatal. *J. Pediatr. (Rio J.)* [Internet]. 2013 Abril; 89(2): 131-136.



ARTIGO DE REVISÃO

Eventos adversos em unidade de terapia intensiva: uma revisão integrativa

Adverse events in the intensive care unit: an integrative review

Marcela Mabda Freitas de Almeida¹, Maria Gilvaneide Cavalcante Mota², Tatiana de Medeiros Colletti Cavalcante³.

1 Enfermeira, Graduação, Pós graduada de enfermagem em Terapia Intensiva da Universidade de Fortaleza. **2.** Enfermeira Graduação, Pós graduada de enfermagem em Terapia Intensiva da Universidade de Fortaleza. **3.** Doutora em enfermagem, Docente da Graduação e Pós graduação da Universidade de Fortaleza.

Abstract

Objective: To analyze the scientific production on adverse events (AE) in nursing care in the Intensive Care Unit (ICU). **Method:** This is an integrative review carried out in the SCIELO, BDNF and LILACS databases, with the descriptors Patient Safety/Patient Safety; Intensive Care Units/ Intensive Care Units; Nursing/Nursing. **Results:** The sample consisted of 13 articles that met the inclusion criteria. Data were categorized into: adverse events in the ICU and actions taken to promote safe care practice. The most common events were: medication administration errors, infection related to mechanical ventilation, bloodstream, urinary tract, pressure injury and falls.

Conclusion: Adverse events in the ICU are common, hence the importance of reporting, understanding and causes of occurrences. Nurses manage the shift and must have a critical eye to identify and prevent such events.

Descriptors: Patient Safety. Intensive Care Units. Nursing.

Resumo

Objetivo: Analisar a produção científica sobre os eventos adversos (EA) na assistência de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva (UTI). **Método:** Trata-se de uma revisão integrativa realizada nas bases de dados SCIELO, BDNF e LILACS, com os descritores Segurança do Paciente/ Patient Safety; Unidades de Terapia Intensiva/ Intensive Care Units; Enfermagem/ Nursing. **Resultados:** A amostra foi composta por 13 artigos que atenderam aos critérios de inclusão. Os dados foram categorizados em: eventos adversos em UTI e ações realizadas para promover a prática assistencial segura. Os eventos mais comuns foram: erros de administração de medicamentos, infecção relacionados à ventilação mecânica, corrente sanguínea, urinária, lesão por pressão e quedas. **Conclusão:** Os eventos adversos em UTI são comuns, por isso a importância da notificação, da compreensão e das causas das ocorrências. Os enfermeiros gerenciam o plantão e devem ter um olhar crítico para identificar e prevenir tais eventos.

Descritores: Segurança do Paciente. Unidade de Terapia Intensiva. Enfermagem.

Autora
Correspondente
Marcela Mabda
Freitas de Almeida.
E-mail:
marcelamfa@yahoo
.com.br

Não declarados
conflitos
de interesse

INTRODUÇÃO

Atualmente, um dos maiores desafios das organizações de assistência médico-hospitalar é implementar ações para reduzir a frequência de erros humanos e de falhas nos processos e estabelecer formas de garantir a segurança assistencial⁽¹⁾. A Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2004, demonstrou preocupação com a situação criando a World Alliance for Patient Safety. Os objetivos desse programa é organizar os conceitos e as definições sobre segurança do paciente e propor medidas para reduzir os riscos e mitigar os eventos adversos⁽²⁾.

Foram criados diversos conceitos, dentre eles, o de segurança do paciente que foi definido como a redução a um mínimo aceitável do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde. Já o dano, trata-se do comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo-se doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo, assim, ser físico, social ou psicológico. O incidente que resulta em dano é considerado evento adverso e, habitualmente, é não intencional, mas decorrente da assistência e não da evolução natural da doença de base^(3,4).

Em todos os setores do ambiente de saúde, tem sido cada vez mais valorizada a qualidade da assistência oferecida à sociedade, com a consequente otimização dos resultados, pois uma assistência de excelência nas instituições hospitalares ocasiona uma diminuição dos custos e assegura a satisfação da clientela em todos os níveis de atendimento⁽⁵⁾.

Sabe-se que pacientes graves, hemodinamicamente instáveis, submetidos a inúmeras intervenções diagnóstico-terapêuticas, possuem risco aumentado para a ocorrência de eventos adversos. A complexidade do cuidado prestado a pacientes críticos requer equipamentos de alta tecnologia e profissionais especializados e aptos para intervir imediatamente em qualquer alteração do seu quadro clínico⁽⁶⁾.

Dada a vivência em Terapia Intensiva e a curiosidade relacionada aos estudos direcionados à investigação de incidentes relacionados à segurança do paciente, particularmente aqueles que resultaram em dano, assim como a vulnerabilidade dos pacientes graves aos eventos adversos na terapia intensiva, identifica-se a necessidade de avaliar os processos de trabalho, considerando o potencial impacto dos EA no cuidado intensivo. Dessa forma, este estudo tem como objetivo analisar a produção científica sobre os eventos adversos na assistência de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura. A revisão integrativa inclui a análise de pesquisas relevantes que dão suporte para tomada de decisão e a melhoria da prática clínica, possibilitando a síntese dos estados do conhecimento de um determinado assunto⁽⁷⁾. A questão norteadora para a elaboração da presente revisão integrativa consistiu em: Quais as evidências disponíveis na literatura que demonstram os principais eventos adversos notificados em Unidade de Terapia Intensiva?

Os critérios de inclusão foram: ser artigo original de estudo primário; estar disponível no idioma português e gratuitamente na íntegra; tratar especificamente do tema segurança do paciente e dos principais eventos adversos; ser publicado a partir de 2014. O período proposto para a busca foi entre 2014 a 2021. Os critérios de exclusão foram: ser estudo de revisão, editorial, resumo de evento, livro, tese/dissertação e a ausência de relação com o objeto de estudo. A busca dos artigos nas bases selecionadas ocorreu com a utilização dos seguintes descritores: Segurança do Paciente/ Patient Safety; Unidades de Terapia Intensiva/ Intensive Care Units; Enfermagem/ Nursing.

O levantamento dos artigos foi realizado nos meses dezembro de 2020 a fevereiro de 2021. Para realizar a triagem dos estudos, utilizaram-se os sistemas de bases de dados: Base de dados de Enfermagem (BDENF), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Scyentific Eletronic Library On-line (SCIELO). Para essa etapa, utilizou-se o instrumento composto das seguintes variáveis: (1) Título do artigo; (2) Autores; (3) Periódico; (4) País e Ano; (5) Método; (6) Objetivo do estudo (7) Resultados e conclusões. Para fins de apresentação, os dados extraídos e sintetizados da etapa anterior foram

apresentados em dois quadros contendo a caracterização dos estudos e a síntese de conhecimentos sobre o tema.

RESULTADOS

Foram encontradas 91 publicações na base de dados SCIELO, 45 na BDENF (Bases de dados de enfermagem); 43 LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), destas, apenas 13 atenderam aos critérios de seleção estabelecidos. Foram agrupadas em dois quadros, o primeiro (quadro 1) identifica título do artigo; autores; país/ano e periódico e o segundo quadro (quadro 2) identifica o objetivo do estudo, método e resultados/conclusões das principais pesquisas sobre eventos adversos em UTI.

Quadro 1. Distribuição dos estudos incluídos na revisão integrativa de acordo com o título, autores,

Título do artigo	Autores	País e Ano	Periódico	Ordem do artigo
Práticas assistenciais para segurança do paciente em unidade de terapia intensiva	Barbosa Taís Pagliuco, et al.	Brasil, 2014	Acta Paul Enferm.	01
Eventos adversos na unidade de terapia intensiva: impacto na mortalidade e no tempo de internação em um estudo prospectivo	Roque Keroulay Estebanez, et al.	Brasil, 2016	Cad. Saúde Pública	02
Infecção do trato urinário associada a cateter vesical: por que não controlamos esse evento adverso?	Mota Écila Campos, et al.	Brasil, 2019	Rev Esc Enferm USP	03
Deslizes, lapsos e enganos no uso de equipamentos por enfermeiros na Unidade de Terapia Intensiva	Ribeiro Gabriella da Silva Rangel, et al.	Brasil, 2016	Rev Esc Enferm USP	04
Busca ativa contribui na identificação de eventos adversos e incidentes em unidade de terapia intensiva	Santos Reginaldo Passonidos, et al.	Brasil, 2017	Enfermería Global	05
Fatores associados aos incidentes de segurança entre idosos em terapia intensiva	Barcelos Renata Afonso, et al.	Brasil, 2017	Acta Paul Enferm	06
Cultura de segurança do paciente: percepção dos enfermeiros em um centro de referência em cardiopneumologia	Ribeiro Ana Carolina, et al.	Brasil, 2019	Texto & Contexto Enfermagem	07
Erro de administração de medicamentos anti-infecciosos por omissão de doses	Castro Alaíde Francisca de, et al.	Brasil, 2019	Acta Paul Enferm.	08
Associação entre sedação e eventos adversos em pacientes de terapia intensiva	Barbosa Taís Pagliuco, et al.	Brasil, 2018	Acta Paul Enferm.	09
Fatores contribuintes para ocorrência de eventos adversos em unidade de terapia intensiva: perspectiva do enfermeiro	Lima Kelsione Pinheiro, et al.	Brasil, 2017	Rev enferm UFPE	10
Análise da notificação de eventos adversos através da pesquisa de cultura de segurança do paciente	Teodoro Roberta Flecher Barbosa, et al.	Brasil, 2020	Rev pesq cuid. fundam.	11
Eventos adversos na unidade de terapia intensiva	Souza Rogive Ferreira de, et al.	Brasil, 2018	Rev enferm UFPE	12
Prevalência de incidentes relacionados à medicação em unidade de terapia intensiva	Azevedo Filho Francino Machado de, et al.	Brasil, 2015	Acta Paul Enferm. 2015	13

país, ano e periódico. Fortaleza, 2021.

Fonte: Próprio autor

Quadro 2. Distribuição dos estudos incluídos na revisão integrativa de acordo com o objetivo, método, resultados/conclusão. Fortaleza, 2021.

Artigo	Objetivo	Método	Resultados/conclusão
01	Verificar as boas práticas assistenciais de enfermagem para segurança do paciente em UTI.	Estudo longitudinal, prospectivo	As boas práticas assistenciais de enfermagem relacionadas à segurança do paciente foram realizadas nas três unidades. Em conjunto, diferenças significativas entre as UTIs foram encontradas, no entanto, mudança de decúbito, restrições de membros dos pacientes e identificação do circuito do ventilador mecânico apresentaram o mesmo perfil entre as unidades, com menor índice de realização.
02	Avaliar a ocorrência de eventos adversos e o impacto deles sobre o tempo de permanência e a mortalidade na UTI de um hospital de ensino.	Estudo de coorte concorrente	A ocorrência de evento adverso representa um sério problema na assistência à saúde prestada no ambiente de terapia intensiva e impacta no aumento do tempo de internação e na mortalidade. Determinar a magnitude de eventos adversos, o perfil de pacientes e os fatores associados à ocorrência de dano decorrente da prestação de cuidados de saúde é questão fundamental para a melhoria da qualidade e da segurança do paciente
03	Identificar os fatores relacionados à ocorrência de ITU-AC.	Estudo epidemiológico longitudinal, coorte retrospectivo.	A pesquisa identificou que ITU foram o tempo de internação na UTI e no hospital, tempo de permanência do CV e dias de uso de antimicrobianos na UTI. O uso do cateter vesical foi associado às altas taxas de infecções do trato urinário, mas sem indicações e registros que justifiquem sua utilização.
04	Identificar a ocorrência de erros durante a utilização dos equipamentos por enfermeiros que atuam na terapia intensiva, analisando-os à luz da teoria do erro humano de James Reason	Pesquisa de campo, do tipo descritiva e abordagem qualitativa, com aplicação da teoria do erro humano de James Reason	Evidenciaram-se erros do tipo deslizes, lapsos e enganos na utilização dos equipamentos pelos enfermeiros na UTI, principalmente das bombas infusoras e dos sistemas de monitorização, que implicam eventos adversos que prejudicam a segurança do paciente. Propõe-se no campo estudado um instrumento de verificação diária dos equipamentos, onde se façam checagens da programação das bombas infusoras e monitores, no intuito de reduzir as falhas e esquecimentos.
05	Analisar eventos adversos e incidentes ocorridos na UTI geral de um hospital universitário e, verificar qual a parcela de contribuição da busca ativa na identificação das ocorrências.	Estudo transversal, descritivo e retrospectivo, desenvolvido a partir de análise documental quantitativa.	A identificação de LP como o incidente de maior prevalência, tanto em termos de frequência quanto no que tange ao número de pacientes acometidos, pode ser explicada, em parte, pelas características da unidade em que se deu a análise das ocorrências.
06	Verificar os fatores demográficos e clínicos associados aos incidentes de segurança entre idosos em terapia intensiva.	Estudo retrospectivo, quantitativo.	Essa pesquisa contribuiu para o planejamento das práticas clínicas a fim de melhorar a segurança do idoso e a qualidade da assistência em UTIs.
07	Avaliar as dimensões da cultura de segurança do paciente sob a ótica dos enfermeiros em um hospital de referência em cardiopneumologia no município de São Paulo	Estudo quantitativo, descritivo-exploratório.	Diante dos resultados obtidos, podemos considerar que os enfermeiros se sentem desencorajados para notificar os erros, considerando a repercussão que isso pode tomar, pois há insegurança diante das consequências que permeiam a cultura punitiva.
08	Mensurar a taxa de erro de administração de medicamentos anti-infecciosos por omissão de doses em Unidade de Terapia Intensiva Adulto.	Estudo descritivo, transversal e prospectivo, com abordagem quantitativa, realizado na UTI adulto de um Hospital de Ensino do Distrito Federal, Brasil.	A taxa de erro de administração por omissão de doses de anti-infecciosos na UTI investigada foi alta, maior que entre os demais medicamentos, mais frequente pela via intravenosa e nos horários próximos às trocas de turnos da equipe de enfermagem. Barreiras de segurança e estratégias de prevenção de falhas devem ser implementadas para mitigar potenciais riscos e reduzir a ocorrência de erros.
09	Identificar nível de sedação, interrupção diária e associar com eventos adversos como extubação acidental, lesão por pressão, flebite, perda de	Estudo prospectivo, quantitativo.	Sedação diariamente, e com sedação leve, também. Ocorreram 28 eventos adversos naqueles com sedação profunda, e 13 em leve, destacando-se a lesão por pressão. A maioria dos pacientes estava em sedação profunda. Os eventos adversos não se associaram com a

	dispositivos e quedas de pacientes em unidade de terapia intensiva.		interrupção diária da sedação, mas com processos de trabalho envolvendo a assistência de enfermagem ao paciente.
10	Avaliar as atitudes dos enfermeiros da UTI sobre as condições que contribuem para a ocorrência dos eventos adversos fundamentada na Escala de Predisposição à Ocorrência de Eventos Adversos (EPEA).	Estudo descritivo, com abordagem quantitativa.	O estudo determinou as atitudes das enfermeiras frente às condições que podem favorecer a ocorrência de eventos adversos. É possível concluir que é importante atuar frente aos problemas em busca de soluções que proporcionem melhorias para a prática clínica e que fortaleçam a segurança do paciente em UTI incluindo a adoção de boas práticas baseadas em evidências científicas e a realização de treinamentos e de educação continuada.
11	Identificar e gerir prospectivamente questões relevantes de segurança em suas rotinas de trabalho	Estudo de abordagem quantitativa, do tipo <i>survey</i> , transversal e descritivo.	Os resultados revelam que a atitude de notificar eventos com paciente, apesar de ser importante para a cultura de segurança do paciente, ainda se encontra bastante insipiente nesta unidade de terapia intensiva adulto, tendo em vista à baixa adesão dos profissionais médicos e de enfermagem.
12	Caracterizar os eventos adversos de uma Unidade de Terapia Intensiva.	Estudo quantitativo, descritivo, retrospectivo	Os principais eventos adversos identificados foram: erros de medicação, lesão por pressão, extubação não planejada, infecções associadas aos cuidados de saúde, perda de sonda, entre outros.
13	Estimar prevalência de incidentes relacionados à medicação, identificados em registros de pacientes internados em uma Unidade de Terapia Intensiva de um hospital de ensino.	Estudo transversal	Foram identificados 2.869 incidentes relacionados à medicação, prevalência de 97,4% de internações expostas, sendo 45,5% relacionados à fase da prescrição e 99% dos registros não apresentavam a conduta dos profissionais de saúde frente ao incidente.

Fonte: Próprio autor

DISCUSSÃO

Por meio da análise dos resultados encontrados nos artigos selecionados, foi realizada uma categorização dos principais temas abordados, divididos em dois grupos: eventos adversos em UTI e ações realizadas para promover a prática assistencial segura.

Eventos Adversos em UTI

Quando se trata da assistência à pacientes críticos, sabe-se que o cuidado prestado deve ser redobrado devido aos riscos de ocorrência de erros. Nessa primeira categoria, enquadram-se os artigos que citam os eventos adversos mais comuns ocorridos em UTI.

A pesquisa realizada em um hospital universitário na cidade de Petrolina - PE identificou que os erros de medicação (29,6%) foram os EA mais incidentes, seguidos por desenvolvimento de lesão por pressão (21%), extubação acidental (17%), infecções associadas aos cuidados de saúde (15,13%), perda de sonda gástrica/enteral (9,90%), flebite (1,97%), perda de acesso venoso central (0,65%), perda de dreno cefálico (1,30%), retirada de sonda vesical de demora pelo paciente (1,30%) e falhas de identificação de sondas nasoenterais (1,30%)⁽⁸⁾.

Observa-se que os erros envolvendo medicamentos foram os mais comuns⁽⁸⁻⁹⁾. Corroborando com o estudo anterior, o estudo sobre Prevalência de Incidentes Relacionados à Medicação em Unidade de Terapia Intensiva evidenciou que os erros de medicações têm alta prevalência (97,4%), mesmo com os avanços em estudos acerca dos incidentes relacionados à medicação⁽⁹⁾. A pesquisa de Castro, Oliveira & Rodrigues⁽¹⁰⁾, evidenciou que as omissões de dose somam uma porcentagem importante (4,34%) dentre os erros na administração de medicamentos em geral. Quanto à via de administração de medicamentos em geral mais envolvida em eventos de omissões de doses, destaca-se a via sonda que apresentou a maior proporção de omissões dentre todas as outras vias. Já entre os medicamentos anti-infecciosos, o estudo ressalta a via intravenosa como a mais comumente relacionada à omissão de doses.

Quando se relacionou sedação com eventos adversos em UTI, identificou-se que, de uma amostra de 204 pacientes sedados, a maioria dos pacientes do estudo (168) estava sob sedação profunda, e destes, aproximadamente a metade (54,2%) não teve interrupção diária da sedação (IDS). Dos eventos adversos apresentados neste estudo, a lesão por pressão (LP) em pacientes com sedação profunda foi o EA mais notificado (17 casos), porém não teve diferença substancial entre os pacientes submetidos a IDS (64,3%) e os que não foram submetidos à interrupção (57,1%). Contudo, ressalta-se que a ocorrência de LP não estava relacionada ao desligamento da sedação, mas aos cuidados de enfermagem prestados, tendo em vista que 11 casos foram de internações prolongadas, com mais de 10 dias em UTI, e 06 casos devido a não realização da mudança de decúbito por instabilidade hemodinâmica(11).

Outro evento adverso comum em UTI é a perda não programada do tubo orotraqueal. Quanto às inúmeras causas dessa extubação acidental, pode-se relacionar a ação do próprio paciente, o manuseio inadequado pelos profissionais, a fixação inadequada do tubo, o posicionamento seletivo, a troca da fixação, o mau posicionamento do paciente, o posicionamento inadequado do circuito de forma a tracionar o tubo, o transporte inadequado do paciente, a obstrução do tubo endotraqueal ou defeitos no cuff⁽⁸⁾.

Além dos eventos já mencionados, estudos apontam outros incidentes isolados que estão minimamente relacionados aos cuidados e manutenção de dispositivos. A perda de acesso venoso central, que tem como fatores predisponentes a infecção do cateter, a retirada acidental, a má fixação, a obstrução do dispositivo e a remoção pelo próprio paciente. Deve-se incentivar a notificação desses eventos, não para punir o profissional, mas para realizar ações que previnam os eventos e melhore a assistência^(08, 11, 12).

As Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) foram discutidas e citadas em alguns artigos desta pesquisa^(08,13). Dentre elas, destaca-se a infecção do trato urinário (ITU). Sobre essa, o uso do cateter vesical foi considerado inadequado em 80,6%, em relação à indicação e à avaliação da necessidade de sua permanência, o autor correlaciona as falhas de indicação e permanência dos dispositivos ao nível socioeconômico do país e à experiência em controle de infecções e segurança do paciente do serviço, podendo influenciar fortemente nos indicadores de ITU⁽¹³⁾.

Outros dois artigos^(14, 15) que estudaram sobre EA, identificaram que o tempo de permanência na UTI influencia negativamente para ocorrência dos eventos adversos, pois esse tempo foi a única variável que apresentou associação com a ocorrência de EA moderados e graves. No que se refere aos idosos em terapia intensiva, identificou-se os eventos adversos já mencionados nesse estudo como lesão por pressão e erros de medicação, porém a ocorrência de infecção relacionada à assistência foi destacada nesta pesquisa⁽¹⁵⁾.

O estudo sobre fatores contribuintes para ocorrência de eventos adversos em unidade de terapia intensiva utilizou a Escala de Predisposição à Ocorrência de Eventos Adversos - EPEA que, avaliando as atitudes dos enfermeiros sobre os aspectos da estrutura e processos que podem comprometer a qualidade do cuidado de Enfermagem em UTI, tem como indicador de resultado o evento adverso. O estudo identificou em relação aos itens da dimensão de processos, entre os ideais, aqueles que foram considerados importantes por todas as enfermeiras⁽¹⁶⁾.

O estudo de Ribeiro, et al. evidenciou os erros do tipo deslizes, lapsos e enganos por parte dos enfermeiros que atuam em terapia intensiva no que se refere à utilização dos equipamentos, como as bombas de infusão e os sistemas de monitorização, que decorrem em eventos adversos que prejudicam a segurança do paciente⁽¹⁷⁾.

Ações Realizadas para Promover a Prática Assistencial Segura

A segunda categoria trata das ações realizadas para promover a prática assistencial segura, observando-se que os estudos estão voltados para a prática de segurança do paciente e envolve os protocolos de segurança do paciente e as metas internacionais de segurança. Por se tratarem de estudos em UTI, evidenciam-se, com mais frequência, os protocolos de prevenção de lesão por pressão, o

protocolo de higiene das mãos e as ações relacionadas à prevenção de infecções, sendo a infecção de corrente sanguínea, a infecção associada à ventilação mecânica e a infecção do trato urinário as mais estudadas. Identificamos, também, estudos sobre prevenção de quedas e de segurança na administração de medicamentos^(2,4,8,9,10,11).

Com relação às práticas assistenciais que contribuem para a segurança do paciente em unidade de terapia intensiva, foram avaliadas várias medidas aplicadas em UTI, dentre os itens observados que compuseram o instrumento estão: cama limpa, mudança de decúbito, colchão piramidal, paciente sentado com segurança, grades elevadas, restrições limpas, leito identificado, pulseira de identificação, bombas de infusão identificadas, cabeceira elevada, circuito do ventilador identificado, circuito do ventilador sem condensado, bolsa-valva-máscara protegida, data de troca de cateter central, data de troca de equipamentos, torneirinhas protegidas, cateter vesical de demora fixado corretamente, bolsa coletora de diurese abaixo do nível da bexiga e frasco individual para desprezar diurese⁽¹⁸⁾.

Quanto à notificação dos EA em terapia intensiva para a segurança do paciente, verificou-se que os enfermeiros não se sentem confortáveis para notificar os erros identificados devido ao temor das consequências que possam ser advindas de uma cultura de punição. Sendo o papel das organizações de saúde apoiar, encorajar e impulsionar esses profissionais a modificações que conduzam à prática da cultura justa, através de investimentos na educação permanente, no reconhecimento do erro e na notificação deste⁽¹⁹⁾. Diante do que já foi discutido, reafirmamos que uma assistência segura ao paciente resulta em um atendimento com qualidade e, para que isso ocorra, é necessária uma cultura de segurança estabelecida, que envolva não só as instituições, como também os gestores, no sentido de reconhecer as dificuldades enfrentadas pelos profissionais assistenciais e saber conduzi-las sem punição associada⁽²⁰⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo identificou as publicações científicas sobre os eventos adversos em UTI, destacando-se a importância da notificação, da compreensão e da identificação das causas das ocorrências. Os tipos de eventos identificados foram bem diversificados, dentre eles erros de administração de medicamentos, infecção relacionada à ventilação mecânica, infecção de corrente sanguínea, infecção do trato urinário, incidência de lesão por pressão e de quedas.

A principal medida de prevenção é o reconhecimento precoce das ocorrências e a busca por uma cultura de segurança organizacional dentro das instituições de saúde. Evidenciou-se a necessidade de compreensão por parte dos enfermeiros sobre a importância de reduzir e até mesmo evitar a ocorrência destes eventos dentro da UTI. Para isso, é imprescindível que haja o engajamento de toda a equipe na cultura de notificação para prevenir novas falhas no cuidado.

O enfermeiro se destaca como protagonista desse processo, pois é esse profissional que está mais tempo à beira do leito, prestando uma assistência mais direta ao paciente e gerenciando o plantão, devendo, assim, ter um olhar crítico para identificar e prevenir os eventos adversos, principalmente os mais graves que aumentam o tempo de hospitalização e a mortalidade.

REFERÊNCIAS

1. Pedrosa TMG, Couto RC. Erros e eventos adversos na assistência médico-hospitalar. Rev. Médica Minas Gerais [Internet]. 2014 [acesso em 2021 Jan 18]; 24(2): 216-222. Disponível em: <http://www.rmmg.org/artigo/detalhes/1602>.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente / Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014

3. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 529, de 1 de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Ministério da Saúde. 1 abr 2013.
4. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Brasil). Resolução - RDC ANVISA/MS nº 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Ministério da Saúde. 26 jul 2013.
5. Duarte S da CM, Stipp MAC, Silva MM da, Oliveira FT de. Eventos adversos e segurança na assistência de enfermagem. Rev. bras. enferm. [Internet]. 2015 [acesso em 2021 Fev 27]; 68(1): 144-154. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2015680120p>
6. Roque KE, Tonini T, Melo ECP. Eventos adversos na unidade de terapia intensiva: impacto na mortalidade e no tempo de internação em um estudo prospectivo. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2016 [acesso em 2021 Fev 27]; 32(10): e00081815. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2016001005001&lng=es
7. Mendes KDS, Silveira RC de CP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto contexto - enferm. [Internet]. 2008 [acesso em 2021 Fev 27]; 17(4): 758-764. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000400018&lng=en.
8. Souza RF de, Alves AS, Alencar IG de. Eventos adversos na unidade de terapia intensiva. Rev. enferm. UFPE on line [Internet]. 2018 [acesso em 2021 Fev 27]; 12(1): 19-27. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-946420>
9. Azevedo Filho FM de, Pinho DLM, Bezerra ALQ, Amaral RT, Silva ME da. Prevalência de incidentes relacionados à medicação em unidade de terapia intensiva. Acta paul. enferm. [Internet]. 2015 [acesso em 2021 Jan 26]; 28(4): 331-336. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002015000400007&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201500056>
10. Castro AF de, Oliveira JP, Rodrigues MCS. Erro de administração de medicamentos anti-infecciosos por omissão de doses. Acta paul. enferm. [Internet]. 2019 [acesso em 2021 Fev 27]; 32(6): 667-673. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002019000600667&lng=en.
11. Barbosa TP, Beccaria LM, Silva DC da, Bastos AS. Associação entre sedação e eventos adversos em pacientes de terapia intensiva. Acta paul. enferm. [Internet]. 2018 [acesso em 2021 Fev 27]; 31(2): 194-200. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002018000200194&lng=en.
12. dos Santos RP, da Luz MAP, Borges F, Carvalho AR da S. Busca ativa contribui na identificação de eventos adversos e incidentes em unidade de terapia intensiva. Enferm. glob. [Internet]. 2017 [acesso em 2021 Jan 26]; 16(48): 476-487. Disponível em: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412017000400465&lng=pt.
13. Mota EC, Oliveira AC. Infecção do trato urinário associada a cateter vesical: por que não controlamos esse evento adverso?. Rev. esc. enferm. USP [Internet]. 2019 [acesso em 2021 Jan 26]; 53 e03452. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342019000100428&lng=pt
14. Toffoletto MC, Ruiz XR. Melhorando a segurança do paciente: como e porque ocorrem incidências na assistência de enfermagem. Rev. esc. enferm. USP [Internet]. 2013 [acesso em 2021 Jan 26]; 47(5): 1098-1105. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000501098&lng=en.

15. Barcelos RA, Tavares DM dos S. Fatores associados aos incidentes de segurança entre idosos em terapia intensiva. *Acta paul. enferm.* [Internet]. 2017 [acesso em 2021 Fev 27]; 30(2): 159-167. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002017000200159&lng=en.
16. Lima KP, Barbosa IV, Martins FLM, Alencar SRM de, Cestari VRF. Fatores contribuintes para ocorrência de eventos adversos em unidade de terapia intensiva: perspectiva do enfermeiro. *Rev. enferm. UFPE* [Internet]. 2017 [acesso em 2021 Fev 27]; 11(3): 1234-1243. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/bde-30924>.
17. Ribeiro GSR, da Silva RC, Ferreira MA, da Silva GR. Deslizes, lapsos e enganos no uso de equipamentos por enfermeiros na Unidade de Terapia Intensiva. *Rev. esc. enferm. USP* [Internet]. 2016 [acesso em 2021 Fev 27]; 50(3): 419-426. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342016000300419&lng=en.
18. Barbosa TP, de Oliveira GAA, Lopes MNA, Poletti NAA, Beccaria LM. Práticas assistenciais para segurança do paciente em unidade de terapia intensiva. *Acta paul. enferm.* [Internet]. 2014 [acesso em 2021 Fev 27]; 27(3): 243-248. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002014000300243&lng=en.
19. Ribeiro AC, Nogueira PC, Tronchin DMR, Rossato V, Serpa LF. Cultura de segurança do paciente: percepção dos enfermeiros em um centro de referência em cardiopneumologia. *Texto contexto - enferm.* [Internet]. 2019 [acesso em 2021 Fev 27]; 28: e20180118. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072019000100388&lng=en.
20. Teodoro RFB, da Silva AS, Carreiro MA, Bilio RL, de Paula DG. Análise da notificação de eventos adversos através da pesquisa de cultura de segurança do paciente. *Rev. Pesqui. cuid. fundam.* [Internet]. 2020 [acesso em 2020 Dez 28]; 12: 463-470. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1087433>.



ARTIGO DE REVISÃO

Comunicação em cuidados paliativos

Communication in palliative care

Andressa Rueda de Oliveira¹, Aline Helena Appoloni Eduardo².

1 Estudante de graduação em Enfermagem. Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, SP, Brasil. **2**. Enfermeira. Doutora. Professora adjunto do Departamento de Enfermagem. Universidade Federal de São Carlos, SP, Brasil.

Abstract

Objective: to present a reflection on the communication process in palliative care, in relation to the challenging aspects in this context, the needs of patients and families and communication strategies. **Development:** the communication process in the context of palliative care is a valuable tool in care, therefore, knowledge of resources that help health professionals in this dimension of care are necessary. A literature review supported this article and made it possible to understand the main challenges that permeate it, the communication needs between professionals, patients and family members, and the specifics of difficult news communication and the basis for family conferences. **Conclusion:** With this study, it was learned that the gains with the use of an adequate communicational approach, in addition to explaining the challenges, in relation to communication, that professionals working in palliative care need to win to offer quality care.

Descriptors: Health Communication. Palliative Care. Nursing Care.

Autora

Correspondente

Aline Helena
Appoloni Eduardo.
E-mail:
alinehaeduardo@uf
sca.br

**Não declarados
conflitos
de interesse**

Resumo

Objetivo: apresentar uma reflexão sobre o processo de comunicação em cuidados paliativos, em relação aos aspectos desafiadores neste contexto, as necessidades dos pacientes e familiares e as estratégias de comunicação. **Desenvolvimento:** o processo de comunicação no contexto dos cuidados paliativos é uma ferramenta valiosa na assistência, portanto, o conhecimento de recursos que auxiliem os profissionais de saúde nesta dimensão do cuidado são necessários. Uma revisão da literatura fundamentou este artigo e possibilitou compreender sobre os principais desafios que o permeiam, as necessidades de comunicação entre profissionais, pacientes e familiares e as especificidades sobre a comunicação de notícias difíceis e fundamentação sobre as conferências familiares. **Conclusão:** Com este estudo apreendeu-se que os ganhos com o emprego de abordagem comunicacional adequada, além de explicitar os desafios, em relação a comunicação, que os profissionais que atuam nos cuidados paliativos precisam vencer para ofertar uma assistência de qualidade.

Descritores: Comunicação em Saúde. Cuidados Paliativos. Cuidados de Enfermagem.

INTRODUÇÃO

A comunicação é uma das modalidades básicas e longitudinais dos cuidados paliativos, baseada na humanização do cuidado e funciona como medida terapêutica para os pacientes que estão em vivenciando o processo de doença que ameaça a vida e/ou final de vida⁽¹⁾. Em cuidados paliativos a comunicação efetiva, que compartilha a tomada de decisão entre pacientes e profissionais e leva em consideração as necessidades destes pacientes e seus familiares é um importante objetivo do cuidado⁽²⁾. Problemas na comunicação entre profissionais da saúde e familiares de pessoas em final de vida são bem conhecidos, por serem queixas frequentes de familiares e pacientes neste contexto e também relatados pelos próprios profissionais^(3,4).

Os principais aspectos da comunicação em cuidados paliativos podem ser agrupados em 1) estabelecer relação entre profissional e paciente, 2) trocar informações, 3) responder às emoções a partir da transmissão de notícias difíceis, 4) gerenciar incertezas, 5) auxiliar na tomada de decisões de pacientes e familiares, 6) auxiliar no autocuidado e 7) discutir sobre final de vida⁽⁵⁾. Complementarmente, uma revisão da literatura recente verificou-se que neste contexto os desafios para a comunicação entre profissionais e pacientes e familiares são de: informar sobre a deterioração do quadro clínico do paciente, envolvê-los na tomada de decisões, fornecer apoio após tomada de decisão e estabelecer uma comunicação honesta, clara, utilizando técnicas específicas^(3, 6-9).

Diante disso, verifica-se que a comunicação em cuidados paliativos compreende temas, habilidades e competências complexas e avançadas, que carecem de evidências para que profissionais de saúde possam apreendê-las e desenvolvê-las no contexto clínico. Este estudo teve como objetivo apresentar uma reflexão sobre o processo de comunicação em cuidados paliativos, em relação aos aspectos desafiadores neste contexto, as necessidades dos pacientes e familiares e as estratégias de comunicação. Consideramos que os profissionais de saúde poderão se beneficiar das informações reunidas e incorporá-las em sua prática profissional, que possivelmente resultará em melhora do cuidado e da comunicação entre familiares, cuidadores e pacientes em cuidados paliativos.

DESENVOLVIMENTO

Esta reflexão embasou-se na análise na literatura sobre o tema comunicação em cuidados paliativos e elencou os principais desafios, as necessidades de comunicação com os profissionais que os pacientes e familiares possuem, as especificidades sobre a comunicação de notícias difíceis e a fundamentação sobre as conferências familiares.

A importância da comunicação nos cuidados paliativos

A comunicação é um elemento fundamental da relação humana e essencial do cuidado, quando empregada de maneira adequada pode ser mais do que uma forma de transmitir mensagens, mas também uma medida terapêutica, possível de reduzir o estresse/sofrimento psicológico do paciente por compartilhar angústias, medos, dúvidas, sofrimento, estimular adesão aos recursos terapêuticos disponíveis e gerar expectativas realistas, além de reduzir a sensação de isolamento frequentemente associada a presença de doenças graves⁽⁹⁾.

É importante ressaltar que a falta de comunicação ou comunicação inadequada são as principais causas de sofrimento psicológico de pacientes e familiares⁽⁹⁾, contribuem para a insatisfação do paciente com a assistência recebida, descontinuidade do cuidado, redução da percepção de segurança e autonomia do paciente⁽²⁾. O que determina a diferença da comunicação com enfoque terapêutico ou coleta de informações é o emprego de estratégias de comunicação pertinentes à estas finalidades.

Para que a comunicação seja terapêutica e significativa é importante que os profissionais de saúde a reconheçam como um contínuo, ou seja, estes efeitos acontecem durante sucessivos encontros, com o desenvolvimento de uma "história de diálogos" e estabelecimento de relação de confiança entre paciente,

familiares e profissionais de saúde. Estes quesitos são ainda mais necessários quando se trata de questões relacionadas a vida, doenças graves, morte e morrer⁽¹⁰⁾.

A efetiva comunicação consiste em uma ferramenta que permeia todas as ações de cuidado prestadas por profissionais da saúde. O seu uso adequado preserva os princípios da autonomia e valorização do indivíduo enquanto ser único, uma vez que viabiliza o emprego de cuidados e tratamentos pautados nas preferências e escolhas de quem os receberá e considera o seus conhecimentos e experiências prévias.

Desafios para comunicação no contexto dos cuidados paliativos

Receber informações no contexto de saúde e doença é previsto pelo Código de Ética Médico como um conceito moral fundamental, mas na literatura são frequentes os destaques sobre os desejos de pacientes em cuidados paliativos por mais informações a respeito de seu estado de saúde e tratamento^(2,11-14). Em que pese, a informação pode não ser claramente ofertada ao paciente com a justificativa de proteção, também devido diferenças culturais na forma de vivenciar a doença⁽⁸⁾.

Por outro lado, a comunicação em cuidados paliativos é uma difícil tarefa para os profissionais de saúde, pois o preparo durante a formação para empregar as habilidades comunicacionais é restrito e/ou com inserções pontuais em algumas disciplinas. Destaca-se que esta habilidade, que muitas vezes é considerada uma ferramenta natural do ser humano, é passível de ser aprendida e aperfeiçoada por meio de treinamentos, capacitações e conhecimento acerca de estratégias de comunicação com os pacientes e seus familiares^(4,15).

É importante considerar um aspecto fundamental que circunda a comunicação no contexto de cuidados paliativos: a comunicação com familiares. Os profissionais de saúde também devem compreender os valores, necessidades, limites de conhecimento sobre a doença e prognóstico que a família possui sobre a condição de seu ente querido, além de conversar sobre as expectativas e preferências de tratamento que possuem^(16,17).

Os familiares dos pacientes que estão em final de vida valorizam a comunicação de boa qualidade sobre prognóstico, pois a clareza, honestidade e adequação das informações ofertadas em momento oportuno os auxiliam a tomarem decisões apropriadas e permitem despedidas, resoluções familiares e melhora da qualidade do cuidado recebido neste momento^(3- Anderson).

A tomada de decisão compartilhada com pacientes e familiares é um recurso essencial no cuidado paliativo, implica dos profissionais de saúde informação sobre as opções de tratamento disponíveis, a possibilidade de abster-se de tratamento e resultados dessas opções. Portanto, requer dos profissionais efetiva habilidade comunicacional⁽²⁾.

Em geral e especialmente em cuidados paliativos, os pacientes têm dificuldade em se comunicar com os profissionais de saúde e, conseqüentemente, em tomar decisões sobre os cuidados^(2,4), que precisam ser feitas pelos familiares e responsáveis, em muitos casos. Isto pode ocorrer, pois os pacientes podem não estar em condições clínicas e cognitivas que permitam tomar decisões quanto ao próprio tratamento, ou até mesmo de compreender o que está lhe acontecendo. Diante disso, a família pode ser a única responsável pela comunicação com a equipe de saúde, que por sua vez, devem possuir habilidades para garantir resultados preponderantes para os pacientes^(2,17).

Estudos apontam que as estratégias que valorizam a comunicação com os familiares de pacientes em final de vida, como as conferências familiares, comunicação a beira do leito ou abordagens que informe o prognóstico do paciente de maneira direta e contínua são eficazes para reduzir a morbidade psicológica dos membros da família^(17,18). É importante ressaltar que o paciente tem o direito de não querer receber informações e tomar decisões sobre sua condição de saúde, diante disso, seu desejo precisa ser respeitado e os profissionais necessitam reconhecer este desejo precocemente e, quando possível, identificar seu interlocutor^(18,19,20).

Os familiares de pacientes com doenças graves desejam sentir-se úteis, entender o que está sendo feito, receber informações, receber visitas frequentes da equipe de saúde, ter sua disponibilidade reconhecida e respeito por crenças, rituais e sentimentos⁽⁶⁾. Entende-se o cuidado integral quando também

consideramos o contexto, dinâmica e relações familiares de quem cuidamos, portanto a comunicação contínua e acessível com todos estes permitirá uma vivência mais serena durante o processo de cuidados paliativos⁽⁶⁾.

Enfim, um aspecto crucial a ser considerado na comunicação pelos profissionais é a escuta. É importante estar inteiramente disposto para conhecer as experiências na perspectiva de quem as vive, para então, acessar adequadamente as angústias, medos, preocupações, percepções e conhecimento que possuem, considerando as diferenças e realidade de cada pessoa^(2,21). A escuta é um instrumento valioso para o profissional, por meio deste é possível que a autonomia do paciente seja preservada, que se empregue cuidados eficazes e evita que conclusões prematuras sejam tomadas.

A escuta é um processo ativo, requer dos profissionais concentração na comunicação com o paciente, ausência de qualquer julgamento do conteúdo expressado, pensar reflexivamente no que está sendo dito e seus significados, trata-se de uma habilidade passível de ser exercitada e aprendida⁽¹⁰⁾.

Necessidades dos pacientes em cuidados paliativos acerca da comunicação

Na literatura há diversos estudos que visaram compreender os desejos dos pacientes e familiares que se encontram em final de vida, entre estes desejos aparece a necessidade de se comunicar com a equipe de saúde⁽⁷⁾. Os aspectos que compreendem estas necessidades podem ser organizados quanto à característica da comunicação com o profissional, ao conteúdo e atitudes que os pacientes esperam dos profissionais.

Quanto a característica da comunicação, espera-se que seja clara e verdadeira, com oferta de informações oportunas e apropriadas ao momento e que envolva os familiares e/ou pessoas significativas para o momento da conversa^(3,12,14). Em relação ao conteúdo, os pacientes desejam que seja sobre medos, opções e preferências de tratamento, cuidado necessário e necessidades no final de vida e preparo para este momento (o que esperar durante o curso de sua doença, planejar os eventos que seguem a morte, mudanças físicas e psicossociais que ocorrem à medida que a morte se aproxima, local onde prefere morrer), aprendizados que os pacientes obtiveram sobre o processo que enfrentam, espiritualidade, estado de saúde, controle da dor, cuidados complementares, eutanásia e condições para interromper o tratamento^(7,12-15,22).

Por fim, as atitudes que os pacientes esperam dos profissionais centram-se em compreensão de que os pacientes são seres humanos com especificidades próprias, contexto de vida, valores e preferências, além de bondade, tempo para ouvir e ser respeitado pelas relações entre o paciente e seus familiares^(12,22).

No grupamento de necessidades relativas a comunicação, podemos verificar que o papel da comunicação nesse contexto extrapola a transmissão de informações e compreende o espaço que emprega a comunicação como uma medida de cuidado, ou seja, permite aos pacientes compartilhar de medos, dúvidas e sofrimento, contribuindo para a diminuição do estresse psicológico⁽²³⁾. A comunicação é terapêutica quando o profissional utiliza seu conhecimento sobre comunicação para ajudar as pessoas no enfrentamento de seus problemas, ajustamento às situações e superações⁽¹⁰⁾.

A comunicação de notícias difíceis em Cuidados dos Paliativos

Grande parte do que se é necessário comunicar no contexto de cuidados paliativos volta-se às notícias difíceis. Estas notícias podem ser sobre um diagnóstico de uma doença fora da possibilidade de cura, insucesso do tratamento, evolução da doença e proximidade da morte; são notícias que afetam drástica e negativamente a perspectiva de futuro de uma pessoa⁽²⁴⁾. Esta tarefa, geralmente, causa desconfortos para os profissionais de saúde, pois pode possuir significados de culpa e sensação de falha profissional, além de não se sentirem capacitados para realizá-la.

O principal ponto que compreende a comunicação de notícias difíceis esta na forma em realizá-la; se esta comunicação ocorre de maneira empática, realista e com qualidade, pode resultar em maior confiança entre profissionais, pacientes e familiares. As estratégias de comunicação de notícias difíceis,

amplamente discutidas na literatura, são altamente eficazes para reduzir o desconforto de profissionais da saúde durante a comunicação, auxiliar na transmissão de informações progressivas e melhorar suas habilidades de comunicação^(21,24). Estas estratégias aumentam o repertório do profissional para comunicar-se durante o compartilhamento das notícias difíceis, no entanto a aplicação delas por si só não garante sucesso.

Na literatura temos diversos protocolos que descrevem os passos para comunicação de notícias difíceis, em geral compreendem as seguintes estratégias⁽²⁴⁾:

- **Planejar a comunicação:** realizá-la em local que garanta conforto, privacidade e em tempo suficiente para atender as necessidades dos pacientes e familiares.
- **Identificar o quanto de informação o paciente possui e o quanto quer saber:** estar atento ao que é expresso verbalmente, como o que é dito e se há mensagens que precisam ser interpretadas a partir disso e, também, expressões não verbais, como sinais de ansiedade, evitar responder ou contato facial. Verificar com o paciente sua disponibilidade para receber informações sobre a sua condição de saúde.
- **Transmitir a informação:** empregar tom de voz suave, fala clara, com vocabulário adequado à compreensão do paciente, usar o silêncio para o paciente conseguir se expressar e processar a informação e valide o nível de compreensão da informação.
- **Responder às emoções geradas:** demonstrar interesse e apoio aos sentimentos, permanecer ao lado do paciente, permitir que os sentimentos sejam expressados, empregar toque gentil ou outras expressões não verbais que promovam a sensação de amparo e carinho é tão ou mais eficaz do que falar algo que tente explicar as emoções. É importante destacar que as emoções são frequentemente invisíveis pelos profissionais de saúde, conseqüente são pouco manejadas, o que resulta em internalizações e podem se transformar em fonte de esgotamento e sofrimentos profundos.
- **Planejar junto ao paciente os próximos passos:** estabelecer as ações necessárias a seguir, verbalizar disponibilidade e como poderão encontra-lo caso necessitem.

O quão ruim uma notícia pode ser para uma pessoa depende do distanciamento entre as suas expectativas e a sua real condição de saúde⁽²⁴⁾.

A conferência familiar como ferramenta de comunicação em cuidados paliativos

Dentre os instrumentos utilizados para comunicação efetiva entre o paciente, familiares e os profissionais de saúde existe a reunião ou conferência familiar. É um instrumento interdisciplinar que consiste em um momento de diálogo planejado; tem por objetivos conhecer o entendimento, preocupações e forma de enfrentamento da doença, valores e preferências por parte dos pacientes e seus familiares, compartilhar informações sobre diagnóstico, tratamento e prognóstico, promover apoio aos familiares, obter consenso e definir estratégias de cuidados atuais e futuros e fortalecer confiança e relação médico-paciente^(17,25).

Recomenda-se que ocorra o mais precoce possível, ou seja, proativamente, com intuito de elaborar um plano de cuidados alinhado aos aspectos clínicos, espirituais, psicossociais e perspectivas do pacientes e familiares sobre a sua doença. No entanto, o que se observa é que as conferências familiares, quando ocorrem, acontecem tardiamente à admissão hospitalar ou na iminência de tomadas de decisões críticas, que podem tornar este momento conflituoso, principalmente quando conduzida de maneira inadequada, pela pouca aproximação dos profissionais de saúde com a comunicação de notícias difíceis⁽²⁵⁾.

Os momentos que as conferências podem ser realizadas de maneira proativa são: na admissão, depois de um longo tempo de internação, diante da progressão doença, necessidade de tomadas de decisões (retirada ou manutenção de suporte avançado de vida), reconhecimento de conflito familiar de qualquer natureza (entre familiares ou equipe) em relação ao tratamento e planejamento de alta hospitalar⁽²⁵⁾.

Os benefícios da conferência familiar são: redução de estresse pós-traumático, ansiedade e depressão entre familiares, redução do tempo de hospitalização, melhora da qualidade da experiência de

final de vida, aumento do nível de satisfação dos familiares acerca do cuidado recebido e com a equipe de saúde⁽¹⁷⁾. Para que aconteçam de forma efetiva recomenda-se planejamento prévio da equipe acerca da organização e condução da conferência, emprego das estratégias de comunicação, especialmente as de comunicação de notícias difíceis, além de instrumentos terapêuticos como a escuta ativa e empatia.

CONCLUSÕES

Assim, como qualquer ação voltada ao cuidado profissional, a comunicação no contexto de cuidados paliativos, deve estar pautada em fundamentos de valorização da pessoa humana, com respeito a sua totalidade, experiências prévias, necessidades específicas e sua dignidade.

Compreender o protagonismo do papel comunicação, com utilização de abordagens adequadas, resulta em benefícios para fortalecer a relação entre profissional, pacientes e familiares, além de melhora da satisfação com o cuidado recebido e ofertado. Com esta análise reflexiva apreendeu-se que os ganhos com o emprego de abordagem comunicacional adequada são muitos: reduz o estresse/sofrimento psicológico em compartilhar angústias, medos, dúvidas, sofrimento, reduz sensação de isolamento, melhora satisfação, estimula adesão aos recursos terapêuticos, proporciona autonomia e redução do estresse. Além de explicitar os desafios, em relação a comunicação, que os profissionais que atuam nos cuidados paliativos precisam vencer para ofertar uma assistência de qualidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Andrade GB, Pedroso VSM, Weykamp JM, Soares LS, Siqueira, HCH et al. Cuidados Paliativos y la Importancia de la Comunicación entre el Enfermero y del Paciente, Familiar y Cuidador. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental* [Internet]. 2019 [acceso 16 fev 2021]; 11(3): 713-7. Disponible en: <http://ciberindex.com/c/ps/P113713>
2. Roodbeen R, Vreke A, Boland G, Rademakers J, Van den Muijsenbergh M, Noordman J, et al. Communication and shared decision-making with patients with limited health literacy; helpful strategies, barriers and suggestions for improvement reported by hospital based palliative care providers. *PLoS ONE* [Internet]. 2020 [cited 16 fev 2021];15(6):e0234926. Available from: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0234926>
3. Andreson RJ, Bloch S, Armstrong M, Stone PC, Low JT. Communication between healthcare professionals and relatives of patients approaching the end-of-life: A systematic review of qualitative evidence. *Palliat Med.* [Internet]. 2019 [cited 16 fev 2021]; 33(8):926-941. Available from: <https://doi.org/10.1177/0269216319852007>.
4. Noordman J, Van Vliet L, Kaunang M, Van Den Muijsenbergh M, Boland G, Van Dulmen S. Towards appropriate information provision for and decision-making with patients with limited health literacy in hospital-based palliative care in Western countries: a scoping review into available communication strategies and tools for healthcare providers. *BMC Palliat Care.* [Internet]. 2019 [cited 16 fev 2021]; 18(1):37. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12904-019-0421-x>
5. Back A, Friedman T, Abraham J. Palliative Care Skills and New Resources for Oncology Practices: Meeting the Palliative Care Needs of Patients With Cancer and Their Families. *Am Soc Clin Oncol Educ Book* [Internet]. 2020 [cited 16 fev 2021]; 40:1-9. Available from: https://doi.org/10.1200/EDBK_100022
6. Araujo MMT, Silva MJP. Comunicação em Cuidados Paliativos. In: Carvalho RT, Parsons H, organizators. *Manual de Cuidados Paliativos ANCP.* São Paulo: ANCP; 2012. p. 75-85.
7. Voogt E, Van der Heide A, Rietjens JA, Van Leeuwen AF, Visser AP, et al. Attitudes of patients with incurable cancer toward medical treatment in the last phase of life. *J Clin Oncol* [Internet]. 2005 [cited 16 fev 2021]; 23(9):2012-19. Available from: <https://doi.org/10.1200/JCO.2005.07.104>
8. Gulinelli A, Aisawa RK, Konno SN, Morinaga CV, Costardi WL, et al. Desejo de informação e participação nas decisões terapêuticas em caso de doenças graves em pacientes atendidos em um hospital universitário. *Rev. Assoc. Med. Bras.* [Internet]. 2004 [cited 2021 fev 16]; 50(1):41-47. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0104-42302004000100033>.
9. Higginson IJ, Costantini M. Communication in End-of-Life Cancer Care: A Comparison of Team Assessments in Three European Countries. *J. Clin. Oncol.* [Internet] 2002 [cited 2021 Feb 16]; 20(17):3674-82. Available from: <https://doi.org/10.1200/JCO.2002.11.008>
10. Stefanelli MC. Estratégias de comunicação terapêutica. In: Stefanelli MC, Carvalho EC, organizators. *A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem.* São Paulo: Manole, 2005. p. 73-104.
11. Nelson JE, Meier DE. Palliative care in the intensive care unit part. I. *J. Intensive Care Med.* 1999; 14(1):130-9.
12. Aspinall F, Hughes R, Dunckley M, Addington-Hall J. What is important to measure in the last months and weeks of life?: A modified nominal group study. *Int J Nurs Stud.* [Internet] 2006 [cited 2021 Feb 16]; 43(2):393-403. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2005.06.005>
13. Steinhäuser KE, Clipp EC, McNeilly M, Christakis NA, McIntyre LM, Tulsky JA. In Search of a Good Death: Observations of Patients, Families, and Providers. *Ann Intern Med.* [Internet] 2000 [cited 2021 Feb 16]; 132(10):825-32. Available from: <https://doi.org/10.7326/0003-4819-132-10-200005160-00011>
14. Nelson JE, Danis M. End-of-life care in the intensive care unit: Where are we now? *Crit. Care Med.* 2001; 29 Suppl 2:N2-N9.

15. Voogt EV, Van Leeuwen AF, Visser AP, Van der Heide A, Van der Maas PJ. Information needs of patients with incurable cancer. *Support Care Cancer*. [Internet] 2005 [cited 2021 Feb 16]; 13(11):943-8. Available from: <https://doi.org/10.1007/s00520-005-0823-6>
16. Araujo MMT, Silva MJ. Communication strategies used by health care professionals in providing palliative care to patients. *Rev. Esc. Enferm.* [Internet] 2012 [cited 2021 Feb 16]; 46(3):626-32. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000300014&lng=en&nrm=iso
17. Silva RS, Trindade GSS, Paixão GPN, Silva MJ. Conferência familiar em cuidados paliativos: análise de conceito. *Rev Bras Enferm* [Internet] 2018 [cited 2021 Feb 16]; 71(1):218-26. Available from: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0055>
18. Truog RD, Campbell ML, Curtis JR, Haas CE, Luce JM, Rubenfeld GD, et al. Recommendations for end-of-life care in the intensive care unit: A consensus statement by the American College of Critical Care Medicine. *Crit. Care Med.* [Internet] 2008 [cited 2021 Feb 16]; 36(3):953-63. Available from: doi: 10.1097/CCM.0B013E3181659096
19. Rawlings D, Devery K, Poole N. Improving quality in hospital end-of-life care: honest communication, compassion and empathy. *BMJ Open Quality* [Internet] 2019 [cited 2021 Feb 16]; 8:e000669. Available from: doi:10.1136/bmjopen-2019-000669
20. Araujo MMT. A Comunicação no processo de morrer. In: Santos FS, Organizator. *Cuidados paliativos: discutindo a vida, a morte e o morrer*. São Paulo: Editora Atheneu, 2009. p. 209-21.
21. Pereira CR, Calônego MAM, Lemonica L, Barros GAM. The P-A-C-I-E-N-T-E Protocol: An instrument for breaking bad news adapted to the Brazilian medical reality. *Rev. Rev. Assoc. Med. Bras.* [Internet]. 2017 Jan [cited 2021 Feb 16]; 63(1): 43-49. Available from: <https://doi.org/10.1590/1806-9282.63.01.43>
22. Steinhäuser KE, Christakis NA, Clipp EC, McNeilly M, McIntyre L, Tulsky JA. Factors considered important at the end of life by patients, family, physicians, and other care providers. *JAMA.* [Internet] 2000 [cited 2021 Feb 16]; 284(19):2476-82. Available from: doi:10.1001/jama.284.19.2476
23. Caponero R. *A comunicação medico-paciente no tratamento oncológico*. São Paulo: MG Editores; 2015. 184 p.
24. Buckman RA. Breaking bad news: the S-P-I-K-E-S strategy. *Community Oncology*. 2005; 2(2):138-42.
25. Pernambuco ACA, Barros GHH, Matsunaga VN. Reunião familiar. In: Góis AFT, PernambucoACA, Organizators. *Guia de comunicação de notícias difíceis*. Rio de Janeiro: Atheneu; 2019. p. 65-74.



ARTIGO DE REVISÃO

VIOLÊNCIA SEXUAL: UM ESTUDO DOS CASOS ATENDIDOS EM HOSPITAL DE REFERÊNCIA

SEXUAL VIOLENCE: A STUDY OF THE CASES SERVED IN A HOSPITAL OF REFERENCE

Lúcia Helena Rodrigues Costa¹. Cássio de Almeida Lima². Edna de Freitas Gomes Ruas¹. Cristiano Leonardo de Oliveira Dias¹. Lorena Emanuely Mendes Grilo¹. Betina Soares dos Reis¹. André Luiz Ramos Leal². Sabrina Aparecida de Lima Manguiera³. Fernanda Marques da Costa¹

1 Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes) – Montes Claros (MG), Brasil.

2 Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM) – Diamantina (MG), Brasil.

3 Faculdades Santo Agostinho (FASA) – Montes Claros (MG), Brasil.

Autora

Correspondente

Cássio de Almeida Lima. E-mail: cassioenf2014@gmail.com

Não declarados conflitos de interesse

Abstract

This study analyzed the cases of sexual violence and the physical and psychological consequences among the victims served in referral service. Quantitative, cross-sectional, analytical, documentary, covering 497 notification sheets from the period 2008 to 2013, held at the Hospital Universitário Clemente de Faria, Montes Claros – Minas Gerais, Brazil. The data were submitted to descriptive analysis, bivariate analysis and Multiple Logistic Regression. There was a predominance of psychological consequences: 61.6%. The victims were mostly females (84.9%), aged 0 to 11 years (38.8%). Residency was the site in 56.9% of the cases, 85.5% of the aggressors were male, this variable remained associated with the psychological consequences. A reality was drawn that requires attention from the health sector and intersectoral actions, since the victims were female, children and adolescents, who suffered violence in the home, by people from their families, and the aggressors were mostly men.

Descriptors: Violence. Sex Offenses. Health Services. Public Health.

Resumo

Este estudo objetivou analisar os casos de violência sexual e as consequências físicas e psicológicas entre as vítimas atendidas em serviço de referência. Pesquisa quantitativa, transversal analítica, documental, abrangendo 497 fichas de notificação do período de 2008 a 2013, realizada no Hospital Universitário Clemente de Faria, Montes Claros – Minas Gerais, Brasil. Os dados foram submetidos à análise descritiva, análise bivariada e Regressão Logística múltipla. Verificou-se predomínio das consequências psicológicas: 61,6%. As vítimas eram majoritariamente do sexo feminino (84,9%), com idade de 0 a 11 anos (38,8%). A residência foi o local em 56,9% dos casos, 85,5% dos agressores eram do sexo masculino, esta variável se manteve associada às consequências psicológicas. Delineou-se realidade que requer atenção do setor saúde e ações intersectoriais, pois as vítimas foram do sexo feminino, crianças e adolescentes, que sofreram violência no lar, por parte de pessoas de suas famílias, sendo os agressores majoritariamente homens.

Descritores: Violência. Delitos Sexuais. Serviços de Saúde. Saúde Pública.

INTRODUÇÃO

A violência constitui um problema histórico, social e de saúde, com magnitude e transcendência mundial, possui raízes macroestruturais. Ela se encontra diluída na sociedade, é polimorfa, multifacetada e apresenta diversas manifestações que se interligam, interagem, realimentam-se e se fortalecem. Possui formas de expressões conjunturais presentes no cotidiano das relações interpessoais⁽¹⁾. A violência contra a mulher, por sua vez, se caracteriza como um fenômeno complexo, multifacetado, que tem sido discutido nos últimos anos como uma situação que requer ações interdisciplinares. Desse modo, necessita de profundas reflexões acerca da sua dinâmica, não somente pelo impacto que ocasiona na qualidade de vida da vítima, mas também na dos filhos e devido aos seus reflexos na sociedade⁽²⁾.

Entre as formas de violência que mais acometem as mulheres está a violência sexual, definida como qualquer ato de violência baseado na diferença de gênero, que resulte em sofrimentos e danos físicos, sexuais e psicológicos da mulher, inclusive ameaças de tais atos, coerção e privação da liberdade, seja na vida pública ou privada. Representa uma das maiores expressões de violência de gênero, com consequências, muitas vezes, dramáticas, no que se refere à saúde física e psicológica de quem sofreu o abuso. É, ainda, uma das principais causas de morbimortalidade da população jovem⁽³⁾.

A violência sexual contra as mulheres pode ser entendida como todo ato sexual ou tentativa de obtê-lo sem seu consentimento, utilizando-se coerção ou intimidação, como força física, grave ameaça, uso de armas e pressão psicológica. Tal violência não é recente na história da humanidade, ocorrendo em contexto sócio-histórico de relações de gênero que condicionam mulheres à posição hierarquicamente inferior. Advém de um campo de relações assimétricas entre homens e mulheres na sociedade, em que as mulheres são ainda vítimas de preconceito e discriminação⁽⁴⁻⁶⁾.

A violência sexual é um problema global, com consequências significativas para a saúde física e psicológica das vítimas. No entanto, em muitos lugares ao redor do mundo, os serviços disponíveis não atendem às necessidades das pessoas que passam por tal situação⁽⁷⁾. A Organização Mundial de Saúde (OMS) informa que mais de um terço das mulheres do mundo sofrem agressões físicas ou sexuais, o que representa um desafio global, com proporções epidêmicas. Esses atos ocasionam diversos problemas de saúde, sendo perpetrados, na maioria das vezes, no contexto das relações interpessoais⁽⁸⁾.

No Brasil, de acordo com dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) do Ministério da Saúde, no período de 2009 a 2014 (período similar ao do presente trabalho) foram notificados 720.076 casos de violência sexual em todo o país, dos quais 481.105 casos tiveram como vítimas mulheres⁽⁹⁾. Reafirma-se que a violência sexual constitui uma das principais formas de violação dos direitos humanos, com graves desdobramentos no cotidiano, estilo de vida e saúde integral, da própria mulher e de seu círculo relacional⁽¹⁰⁾.

É necessário o reconhecimento da violência contra a mulher como um importante problema de saúde pública e uma grave violação dos direitos humanos. O panorama atual requer um olhar urgente de todos os níveis de organização política, social, judicial e da saúde. Sendo assim, é vital que os profissionais de saúde estejam atentos aos sinais que sugiram não só agressão física, como também psicológica⁽¹¹⁾. Tais profissionais devem ser corresponsáveis por um cuidado integral e humanizado às vítimas. As diretrizes políticas e as estratégias governamentais preconizam que os serviços de saúde ofertem uma atenção respaldada nos princípios epistêmicos e operacionais do Sistema Único de Saúde (SUS)⁽¹²⁾.

Torna-se fundamental uma compreensão da dinâmica da violência sexual contra a mulher que possibilite o delineamento de estratégias e práticas específicas voltadas à atenção às vítimas e ao enfrentamento desse problema de saúde pública. Assim, é indubitável a necessidade de estudos sobre o assunto, considerando o espaço municipal, uma vez que a maioria das investigações refere-se a espaços macrorregionais do Brasil, sendo que tais investigações não diagnosticam as peculiaridades e a dimensão da violência sexual contra a mulher no espaço local⁽³⁾.

Nesse contexto, este estudo teve por objetivo analisar os casos de violência sexual entre as vítimas atendidas em um hospital de referência.

MÉTODOS

O presente estudo quantitativo, de caráter documental, segue um delineamento transversal analítico. Investigou-se a violência sexual, bem como as suas consequências físicas e psicológicas, entre as vítimas atendidas no período de 2008 a 2013 no Hospital Universitário Clemente de Faria (HUCF), serviço de referência para atenção às vítimas de violência, situado em Montes Claros – Minas Gerais, Brasil.

Os dados foram coletados por meio de um banco de dados e das 497 fichas de atendimento das vítimas de provável violência sexual. As fichas que servem para alimentar o banco de dados interno do HUCF são armazenadas no arquivo da maternidade, e, juntamente com este banco, constituíram a fonte de dados utilizada na presente investigação.

Elaborou-se a variável dependente a partir das consequências da violência sexual. Esse dado foi coletado por meio da seguinte pergunta presente na ficha de atendimento da vítima de violência: “Quais as principais consequências da violência em sua vida?”. A dicotomização das respostas se deu em: “consequências principalmente psicológicas” e “principalmente físicas”. As variáveis independentes foram referentes a: a) aspectos sociodemográficos: sexo, faixa etária, escolaridade, situação conjugal e renda mensal;

b) aspectos sociais: gestante, relações sexuais, portador de deficiência;

c) aspectos relacionados ao ato de violência: local de ocorrência, reincidência dos episódios de violência, meio usado para a agressão, número de agressores envolvidos, vínculo com o agressor, sexo do agressor, uso de álcool pelo agressor, e se a violência foi relacionada ao trabalho.

Após a coleta, os dados foram organizados e processados por meio de análises estatísticas, realizadas utilizando o *Software* IBM SPSS versão 22.0 para *Windows*®. Posteriormente à análise descritiva, aferiu-se a associação entre a variável dependente e as variáveis independentes, através de análises bivariadas, realizadas mediante o Teste qui-quadrado de Pearson. Em seguida, procedeu-se à Regressão Logística múltipla. Incluíram-se na análise múltipla as variáveis associadas à variável dependente na análise bivariada com valor $p < 0,20$. Adotou-se um nível de significância de 95%. O modelo final foi ajustado, mantendo-se as variáveis associadas com $p < 0,05$. As variáveis quantitativas idade e renda mensal sofreram categorização considerando a média como ponto de corte.

O projeto de pesquisa que deu origem ao atual estudo obteve aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, Parecer Consubstanciado número 249.973/2013.

RESULTADOS

Foram analisadas 497 fichas de notificação de vítimas de violência sexual atendidas no HUCF. Verificou-se que as consequências prioritariamente psicológicas foram mais prevalentes: 306 (61,6%). As consequências prioritariamente físicas ocorreram em 191 (38,4%) dos casos.

A Tabela 1 apresenta as características das vítimas. Eram majoritariamente do sexo feminino, 422 (84,9%), com idade de 0 a 11 anos 193 (38,8%), sendo que 453 (91,1%) não eram gestantes. Quanto à escolaridade, 324 (65,2%) tinham escolaridade superior à 4ª série do ensino fundamental. Entre as vítimas, 400 (80,5%) eram solteiras, 297 (59,8%) não tinham vida sexual ativa e 453 (91,1%) não eram portadoras de deficiência física. A residência da vítima foi o local onde mais ocorreu a violência sexual, 283 (56,9%), e essa violência não ocorreu em outras vezes em 329 (66,2%) dos casos.

O uso da força e/ou do espancamento constituiu o principal meio utilizado para praticar a violência, em 259 (51,1%) dos casos, sendo exercidos na maior parte por uma pessoa, 367 (73,8%). O vínculo com o agressor do tipo família/amigos esteve presente em 336 (67,6%) dos registros, sendo que 425 (85,5%) dos agressores eram do sexo masculino, a maior parte estava sob efeito de álcool, 317 (63,8%). A violência não estava relacionada ao trabalho em 487 (97,4%) dos casos.

Tabela 1. Caracterização das vítimas de violência sexual atendidas no Hospital Universitário Clemente de Faria. Montes Claros-MG, 2014. (n=497)

Variáveis	n	%
Aspectos sociodemográficos		
Sexo		
Masculino	75	15,1
Feminino	422	84,9
Idade		
0 a 11 anos	193	38,8
12 a 18 anos	157	31,6
19 anos e acima	147	29,6
Gestante		
Sim	44	8,9
Não	453	91,1
Escolaridade		
Até a 4ª série do ensino fundamental	173	34,8
Superior à 4ª série do ensino fundamental	324	65,2
Estado Civil		
Solteiro	400	80,5
Casado, viúvo e divorciado	97	19,5
Aspectos sociais		
Relações Sexuais		
Não possui vida sexual	297	59,8
Relações heterossexuais	189	38,0
Relações homossexuais	11	2,2
Portador de Deficiência		
Sim	44	8,9
Não	453	91,1
Aspectos relacionados ao ato de violência		
Local de Ocorrência		
Residência	283	56,9
Rua ou praça (locais públicos)	214	43,1
Ocorreu outras vezes		
Sim	168	33,8
Não	329	66,2
Meio de Agressão		
Força/Espancamento	259	51,1
Objetos Contundentes/Armas	243	48,9
Número de Agressores		
Uma pessoa	367	73,8
Duas pessoas ou mais	130	26,2
Vínculo com o agressor		
Família / amigos	336	67,6
Desconhecidos	161	32,4
Sexo do agressor		
Masculino	425	85,5
Feminino	72	14,5
Uso de álcool pelo agressor		
Sim	317	63,8
Não	180	36,2
Violência relacionada ao trabalho		
Sim	13	2,6
Não	484	97,4

Os fatores associados às consequências da violência na análise bivariada foram: idade, escolaridade, relações sexuais, sexo do agressor, violência relacionada ao trabalho, classificação do caso (Tabela 2).

Tabela 2. Resultado da análise bivariada entre as consequências da violência e as variáveis referentes a aspectos sociodemográficos, sociais e as relacionadas ao ato de violência entre as vítimas atendidas no Hospital Universitário Clemente de Faria. Montes Claros - MG, 2014. (n=497)

Variáveis	Consequências da Violência				Valor p
	Psicológicas		Físicas		
	N	%	N	%	
Aspectos sociodemográficos					
Sexo					
Masculino	43	57.5	32	42.7	0.24
Feminino	263	62.3	159	37.7	
Idade					
0 a 11 anos	108	56.0	85	44.0	0.02
12 anos e mais	198	65.1	106	34.9	
Gestante					
Sim	26	59.1	18	40.9	0.42
Não	280	61.8	173	38.2	
Escolaridade					
Até a 4ª série do ensino fundamental	96	55.5	77	44.5	0.04
Superior à 4ª série do ensino fundamental	210	64.8	114	35.2	
Estado Civil					
Solteiro	250	65.5	150	37.5	0.22
Casado, viúvo e divorciado	56	57.7	41	42.3	
Aspectos sociais					
Relações Sexuais					
Não possui vida sexual	171	57.6	126	42.4	0.02
Relações heterossexuais	127	67.2	62	32.8	
Relações homossexuais	8	72.7	3	27.3	
Portador de Deficiência					
Sim	25	56.8	19	43.2	0.30
Não	281	62.0	172	38.0	
Aspectos relacionados ao ato de violência					
Local de ocorrência					
Residência	180	63.6	103	36.4	0.16
Rua ou praça (locais públicos)	126	58.9	88	41.1	
Ocorreu outras vezes					
Sim	111	66.1	57	33.9	0.08
Não	195	59.3	134	40.7	
Meio de agressão					
Força/Espancamento	151	59.4	103	40.6	0.18
Objetos Contundentes/Armas	155	63.8	88	36.2	
Número de Agressores					
Uma pessoa	232	63.2	135	36.8	0.12
Duas pessoas ou mais	74	56.9	56	43.1	
Vínculo com o agressor					
Família / amigos	199	59.2	137	40.8	0.08
Desconhecidos	106	66.2	54	33.8	
Sexo do Agressor					
Masculino	279	65.6	146	34.4	0.00
Feminino	27	37.5	14	62.5	
Uso de álcool pelo agressor					
Sim	189	59.6	128	40.4	0.13
Não	117	65.0	63	35.0	
Violência relacionada ao trabalho					
Sim	3	23.1	10	76.9	0.00
Não	303	62.6	181	37.4	
Classificação do Caso					
Confirmado	128	66.7	64	33.3	0.00
Descartado	22	40.0	33	60.0	
Provável	156	62.4	94	37.6	

Na análise múltipla, constatou-se que as consequências psicológicas foram mais prevalentes entre as vítimas que sofreram violência por homens e entre aquelas que tiveram o caso de violência sexual confirmado. Outro resultado foi que as consequências psicológicas apresentaram menor prevalência entre as vítimas de violência que possuíam maior escolaridade, assim como entre as que sofreram violência não relacionada ao trabalho (Tabela 3).

Tabela 3. Modelo final dos fatores associados às consequências psicológicas da violência sexual entre as vítimas atendidas no Hospital Universitário Clemente de Faria. Montes Claros-MG, 2014. (n=497)

Variáveis	OR ajustada IC 95%	Valor p
Sexo do agressor		
Masculino	2,65 (1,54-4,53)	
Feminino	1	0,00
Classificação do caso		
Provável	1	
Confirmado	2,38 (1,24-4,54)	0,00
Descartado	1,13 (0,75-1,70)	0,54
Escolaridade		
Até a 4ª série do ensino fundamental	1	
Superior à 4ª série do ensino fundamental	0,67 (0,45-0,90)	0,05
Violência relacionada ao trabalho		
Sim	1	
Não	0,21 (0,05-0,85)	0,03

DISCUSSÃO

O presente estudo evidenciou uma elevada frequência de violência sexual contra vítimas do sexo feminino, com consequências majoritariamente psicológicas. A dinâmica da violência contra a mulher tem sido pauta de diversos estudos na literatura nacional e internacional⁽¹³⁻¹⁹⁾. Tais pesquisas revelam a alta prevalência de, pelo menos, uma forma de violência contra a mulher. No Brasil, estudo transversal, realizado no município de Feira de Santana-Bahia, mostrou que, entre os indivíduos que sofreram violência, 76,3% das ocorrências eram relacionadas às mulheres⁽¹³⁾. Em investigação realizada com usuárias do Serviço Único de Saúde (SUS), de 15 a 49 anos, no município de São Paulo, a prevalência foi de 59,8%⁽¹⁴⁾.

No Nepal Rural, mais da metade (51,9%) das mulheres casadas, entre 15 e 24 anos, sofreram algum tipo de violência por parceiro íntimo⁽¹⁵⁾; no Karachi (Paquistão), a prevalência autorrelatada entre as mulheres de 25 a 60 anos foi de 56,3%⁽¹⁶⁾. Na Índia, essa prevalência foi de 56%⁽¹⁷⁾. Na Espanha, 24,8% das mulheres relataram já terem sido maltratadas por seu parceiro alguma vez na vida, apresentando variações de prevalência de acordo com a região. As mais altas frequências foram registradas em Ceuta e Melilla (40,2%) e nas Ilhas Baleares (32,5%), enquanto as menores foram registradas em Cantábria (18%)⁽¹⁸⁾. Na cidade de Celaya, México, observou-se uma frequência de 8,1%⁽¹⁹⁾.

Ainda, a presente pesquisa demonstrou que os agressores eram predominantemente homens, confirmando achados prévios da literatura que indicam que as mulheres são mais agredidas por homens, os quais na maioria das vezes possuem alguma relação íntima com a vítima. Tal resultado pode ser compreendido ao analisar a problemática da violência tendo em vista as questões de gênero na sociedade brasileira. É notório que os homens ainda são bastante caracterizados por práticas machistas e estão presentes no contexto da violência em diferentes lugares, sendo produto e alvo dos padrões de subjetividade norteados pelos modelos de gênero e pelas relações desiguais de poder^(1,3,11). Portanto, os

gestores públicos devem delinear programas que envolvam os homens autores de violência contra as mulheres, visando preveni-la e minimizar seus reflexos nos indicadores de saúde da população^(1,11).

A desigualdade de gênero tem como uma de suas extremas formas de manifestação a violência contra as mulheres, resultado da diferença de poder que se traduz em relações de dominação e força. Assim, a violência baseada no gênero tem-se constituído em um fenômeno social que influencia sobremaneira o modo de viver, adoecer e morrer das mulheres⁽²⁰⁾. A violência praticada contra a mulher é fruto de uma construção cultural, política e religiosa, pautada nas diferenças entre os sexos. Tal construção naturalizou e legitimou a assimetria de poder, justificando o domínio do homem sobre a mulher⁽²⁾.

A violência contra as mulheres não pode ser entendida sem se considerar a dimensão de gênero, ou seja, a construção social, política e cultural da(s) masculinidade(s) e da(s) feminilidade(s), assim como as relações entre homens e mulheres. É um fenômeno, portanto, que se constrói no nível relacional e societal, requerendo mudanças culturais, educativas e sociais para o seu efetivo enfrentamento⁽²¹⁾.

Em relação à violência sexual, muitas vezes percebida pelas mulheres e não percebida pelos homens, cabe lembrar ainda, no tocante à teoria de gênero, a construção social da obrigação feminina para com o relacionamento sexual no contrato conjugal que acompanha o relacionamento íntimo. Além do sexo contra a vontade ou com ausência de desejo realizado pelas mulheres, ocorrem também práticas sexuais, algumas vezes coercivas, e depreciativas para elas, mas que são justificadas pela obrigação da mulher com o prazer masculino. Outras vezes são interpretadas pelos homens como desejadas, apesar da recusa mesmo explícita por parte das mulheres⁽²²⁾.

As crianças e os adolescentes estiveram entre as principais vítimas de violência sexual assistidas na maternidade cenário da presente investigação. Tais resultados são similares aos identificados em outros trabalhos em que se observou predominância de violência sexual^(23,24). Contudo, em estudo realizado no estado de São Paulo⁽²⁵⁾ e em outro feito em Maceió⁽²⁶⁾ prevaleceu a violência psicológica. A predominância da violência física foi verificada em estudos conduzidos no estado do Amazonas⁽²⁷⁾ e em Araçatuba-SP⁽²⁸⁾. A negligência/abandono também sido um tipo de violência contra crianças e adolescentes relatada na literatura⁽²⁹⁻³¹⁾.

No entanto, indaga-se se a ocorrência de violência sexual contra o referido público pode ser ainda mais frequente. Isso porque casos de violência ocorridos com crianças e adolescentes têm permanecido velados, uma vez que eles dependem de alguém para realizar a denúncia, que é uma atitude adequada, considerando que a proteção desses indivíduos depende do conhecimento da violência pelos órgãos competentes. Adicionalmente, ressalta-se a omissão dos profissionais de saúde, muitas vezes, na notificação dos casos⁽²⁸⁾.

No que concerne à violência sexual, há inúmeros desdobramentos negativos para a criança e o adolescente. As crianças e os adolescentes não estão preparados física, cognitiva, emocional ou socialmente para encarar tal situação. A vítima pode passar a ver o próprio corpo como profano, reduzir sua autoestima, desenvolver sentimento de perda de integridade física, sofrer de angústia, depressão e inferioridade, vivenciar perturbações e medos, ter dificuldade de lidar com o sexo oposto, vendo a atividade sexual como punitiva. E, no extremo do comportamento autodestrutivo, pode chegar ao suicídio. A relação sexualmente abusiva é de poder entre o adulto que vitima e a criança, que é vitimizada^(23,24,31). E essa violência, quando se dá no contexto intrafamiliar, desconstrói a crença social relativa à vivência familiar harmoniosa^(24,32).

Os efeitos da violência podem surgir a curto ou em longo prazo, no que tange aos aspectos biopsicossociais da criança agredida, o que dificulta o seu desenvolvimento no meio social. Ademais, repercutem na diminuição da capacidade de pensar e agir, bem como enfrentar situações difíceis impostas a ela, convivendo com momentos de estresse em sua vida, uma vez que o evento violento ficará marcado na sua memória independente da idade que ocorra⁽³¹⁾.

Atualmente, a violência sexual é reconhecida como grave problema de saúde pública, exigindo preparo tanto dos profissionais quanto das instituições de saúde para atuarem com a população infanto-juvenil. Adiciona-se a essa situação o despreparo e a insensibilidade de profissionais que atendem as vítimas,

sobretudo quando se trata de adolescentes. Assim, evidencia-se a crescente necessidade de criar serviços especializados e capacitar os profissionais que trabalham com essas crianças e adolescentes, de modo a permitir-lhes alcançar a real compreensão dos casos, assim como conduzir intervenções adequadas e humanizadas^(24,26,32).

Tal realidade sinaliza uma série de fatores e entraves a serem discutidos e superados. Esses entraves existem, apesar de o Estado ter adotado instrumentos legais de proteção nas situações de violência na infância e na adolescência, tornando obrigatória sua notificação até mesmo nos casos de suspeita⁽³¹⁾. Os resultados verificados nesta pesquisa revelam a necessidade do fortalecimento das políticas públicas judiciais e de assistência à saúde da criança e do adolescente^(28,30,31). Tais condutas se tornam ainda mais relevantes ao se considerar que a violência contra o segmento infanto-juvenil é um fenômeno que tem acompanhado a história da humanidade e parece estar ainda enraizado nas sociedades contemporâneas⁽²⁶⁾.

Na literatura, diversos autores^(24,29,30,33) ressaltam que a notificação compulsória da violência estabelecida pelo setor saúde deve ser compreendida como uma ferramenta de garantia dos direitos e de proteção social de crianças e adolescentes. Notificar implica em compartilhar com os vários setores da sociedade a responsabilidade de proteger o público infanto-juvenil. Ademais, no contexto da vigilância, a notificação compulsória da violência tem como princípio a imediata utilização da informação no local onde é gerada, além da alimentação dos bancos de dados nacionais, permitindo análises que orientem o planejamento e o estabelecimento de ações^(24,29,30,33).

Nesse sentido, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), sancionado pela Lei nº 8.069, de 13/07/1990, constituiu-se no instrumento de garantia da cidadania de crianças e adolescentes. Cria obrigações legais aos profissionais de saúde quanto à notificação, além de ressaltar a prioridade absoluta à criança e ao adolescente na sua proteção contra a negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade, opressão e todos os atentados, por ação ou omissão contra os seus direitos fundamentais⁽³⁴⁾. Visando a prevenção e redução desse nefasto evento na população infanto-juvenil, destacam-se políticas, como o Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Infanto-Juvenil⁽³⁵⁾ e a Lei Menino Bernardo ou Lei da Palmadinha, que traz previsões para o trato de casos em que são constatados maus tratos a crianças e adolescentes⁽³⁶⁾.

Outro importante achado do atual trabalho se refere ao local de ocorrência dos casos registrados de violência sexual: a residência. Diante disso, para as vítimas da violência sexual, o lar, antes considerado como lugar seguro, passou a representar um risco, uma vez que o agressor encontra-se dentro de casa. Nessa perspectiva, a violência praticada contra a mulher assume um enfoque diferenciado, quando ocasionada por um agressor que compartilha relações íntimas com a vítima, que ainda se resvala nas questões históricas e culturais, legitimadas e cultivadas do domínio masculino, nas relações sociais relativas ao sexo. Há que se considerar que, em certos casos, as mulheres não têm condições reais de se livrarem dessa situação de violência por falta de acesso aos meios e recursos necessários para se desvencilharem de sua dependência com o agressor^(3,31,37,38).

Tal conjuntura se agrava devido ao fato de que, conforme identificado no atual estudo, as vítimas relataram que os responsáveis pela violência sexual eram agressores de seu vínculo com a família ou com amigos. Trata-se de uma situação comum entre tais vítimas, pois os atos sofridos pelas mulheres são realizados dentro da própria família por pessoas íntimas, particularmente no âmbito doméstico. As mulheres possuem maior risco de violência em relações com familiares e pessoas próximas que com estranhos. E, na maior parte dos casos, o agressor tem sido o próprio cônjuge ou o parceiro⁽³⁹⁾.

Quando a violência é cometida pela família, existe o receio, por parte da vítima, em relatar o ocorrido, temendo futuras punições. Trata-se de um entrave que também perpassa pela dificuldade diagnóstica e de notificação até a falta de dispositivos padronizados e efetivos para a adequada condução desses casos pelo sistema de saúde^(23,31). Assim, configura-se um contexto nefasto para a integridade biopsicossocial da vítima⁽³⁹⁾.

Em face dessa realidade, torna-se fundamental que os profissionais que atuam nos serviços de enfrentamento da violência estejam capacitados para atender a mulher vítima de violência sexual, com intervenções ancorados na integralidade do cuidado, interdisciplinares e de abordagem mais ampla, por meio de uma práxis emancipadora, possibilitando com que essas mulheres enfrentem e superem tal realidade. Em adição, é imprescindível que esses profissionais contribuam no desvelar desse problema, por meio da notificação dos casos e de outras formas de registro e acompanhamento, para diminuir a invisibilidade da violência como problema de saúde pública e romper com o estigma ao qual está associada^(3,6).

Vale ressaltar que, no Brasil, a Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres baseia-se na intersetorialidade, entre as políticas públicas, na busca de um atendimento integral. Deve-se sistematizar o enfrentamento à violência sexual, resguardando os direitos das vítimas, em consonância com normas e instrumentos internacionais de direitos humanos e legislação nacional. Faz-se necessário, portanto, que o Estado brasileiro adote políticas públicas, acessíveis a todas as mulheres, que englobem as diferentes modalidades pelas quais a violência se expressa⁽²¹⁾.

O atual estudo possui limitações: trata-se de uma pesquisa com delineamento transversal, que avaliou apenas associação entre variáveis, sem possibilidade de definir relação de causalidade. Ademais, foram investigados dados oriundos de um banco de dados e de fichas de atendimento, os quais podem apresentar falhas de registros.

CONCLUSÃO

Este trabalho permitiu caracterizar a violência sexual contra as vítimas assistidas em um hospital de referência, bem como identificar as consequências físicas e psicológicas e os fatores associados, contribuindo para delinear um panorama mais consistente sobre o problema investigado. Delineou-se uma realidade com características relevantes que requerem atenção: as vítimas, em sua maioria, foram do sexo feminino, crianças e adolescentes, que sofreram a violência sexual em seus lares, por parte de pessoas de suas famílias ou de seu círculo de amizades, sendo os agressores majoritariamente homens.

As consequências psicológicas foram as mais prevalentes, indicando o impacto negativo para a integridade biopsicossocial. É preciso ressaltar que os resultados desta pesquisa evidenciam que a violência sexual contra a mulher deve ser reconhecida considerando também as desigualdades de gênero e as assimetrias de poder que se refletem em relações de dominação e força, as quais justificam o domínio do homem sobre a mulher. Assim, ocorre um notável impacto negativo sobre a saúde das mulheres, sobre o seu modo de viver, adoecer e morrer. Nesse contexto, espera-se subsidiar estratégias efetivas de enfrentamento da violência e de atenção às usuárias que sofrem violência sexual, o que requer intervenções intersetoriais mais efetivas por parte do Estado nas esferas municipal, estadual e federal.

REFERÊNCIAS

1. Reichenheim ME, Souza ER, Moraes CL, Mello Jorge MH, Silva CM, Souza Minayo MC. Violence and injuries in Brazil: the effect, progress made, and challenges ahead. *Lancet*. 2011;377:1962-75.
2. Acosta DF, Gomes VLO, Barlem ELD. Profile of police reports related to violence against women. *Acta Paul Enferm*. 2013;26(6):547-53.
3. Leite MTS, Figueiredo MFS, Dias OV, Vieira MA, Souza e Souza LP, Mendes DC. Reports of violence against women in different life cycles. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2014;22(1):85-92.
4. World Health Organization. World report on violence and health. [Internet]. Genebra; 2002 [acesso 19 jul 2016]. Disponível: <http://bit.ly/1U1738w>
5. Silva SG. Preconceito e discriminação: as bases da violência contra a mulher. *Psicol Cienc Prof*. 2010;30(3):556-71.

6. Messias PP, Silva JS, Sena ELS, Boery RNSO, Yarid SD. Bioethics and support to women victims of sexual violence: literature review. *Acta Bioeth.* 2016;22(1):91-100.
7. World Health Organization (WHO). Sexual violence: strengthening the health sector response. [Internet]. Geneva; 2013 [acesso 19 dez 2016]. Disponível: <http://bit.ly/1TScJUi>
8. World Health Organization (WHO). Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and nonpartner sexual violence. Geneva: WHO; 2013.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Violência doméstica, sexual e/ou outras violências. Brasília; 2016 [acesso 14 dez 2016]. Disponível: <http://bit.ly/20WwQ2n>
10. Facuri CO, Fernandes AMS, Oliveira KD, Andrade TS, Azevedo RCS. Violência sexual: estudo descritivo sobre as vítimas e o atendimento em um serviço universitário de referência no Estado de São Paulo, Brasil. *Cad Saude Publica.* 2013;29(5):889-98.
11. Bernardino IM, Barbosa KGN, Nóbrega LM, Cavalcante GMS, Ferreira EF, d'Avila S. Violence against women in different stages of the life cycle in Brazil: an exploratory study. *Rev Bras Epidemiol.* 2016;19(4):740-52.
12. Vieira LJS, Silva ACF, Moreira GAR, Cavalcanti LF, Silva RM. Protocolos na atenção à saúde de mulheres em situação de violência sexual sob a ótica de profissionais de saúde. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2016;21(12):3957-3965.
13. Rocha SV, Almeida MMG, Araújo TM. Violence against women among urban area residents in Feira de Santana, Bahia, Brazil. *Trends Psychiatry Psychother.* 2011;33(3):164-8.
14. Barros C, Schraiber LB, França-Junior I. Associação entre violência por parceiro íntimo contra a mulher e infecção por HIV. *Rev Saúde Pública.* 2011;45(2):365-72.
15. Lamichhane P, Puri M, Tamang J, Dulal B. Women's status and violence against young married women in Rural Nepal. *BMC Women's Health.* 2011;11(19):1-31.
16. Ali TS, Asad N, Mogren I, Krantz G. Intimate partner violence in urban Pakistan: prevalence, frequency, and risk factors. *Int J Womens Health.* 2011;3:105-15.
17. Babu BV, Kar SK. Domestic violence against women in eastern India: a population-based study on prevalence and related issues. *BMC Public Health.* 2009;9(129):1-18.
18. Ruiz-Pérez I, Plazaola-Castaño J, Vives-Cases C, Montero-Piñar MI, Escribã-Agüir V, Jiménez-Gutiérrez E, et al. Variabilidad geográfica de la violencia contra las mujeres en España. *Gac Sanit.* 2010;24:128-35.
19. Herrera Paredes JM, Ventura CAA. Alcohol consumption and domestic violence against women: a study with university students from Mexico. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2010;18(spe):557-64.
20. Guedes RN, Silva ATMC, Fonseca RMGS. A violência de gênero e o processo saúde-doença das mulheres. *Esc Anna Nery.* 2009;13(3):625-31.
21. Brasil. Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres Secretaria de Políticas para as Mulheres - Presidência da República. Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Brasília: PR; 2011.
22. Barros CRS, Schraiber LB. Intimate partner violence reported by female and male users of healthcare units. *Rev Saúde Pública.* 2017;51(7):1-10.
23. Zambon MP, Jacintho ACA, Medeiro MM, Guglielminetti R, Marmo DB. Domestic violence against children and adolescents: a challenge. *Rev Assoc Med Bras.* 2012;58(4):465-71.
24. Justino LCL, Ferreira SRP, Nunes CB, Barbosa MAM, Gerk MAS, Freitas SLF. Violência sexual contra adolescentes: notificações nos Conselhos Tutelares, Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil. *Rev Gaúcha Enferm.* 2011;32(4):781-7.
25. Gawryszewski VP, Valencich DMO, Carnevalle CV, Marcopito LF. Child and adolescent abuse in the state of São Paulo, Brazil, 2009. *Rev Assoc Med Bras.* 2012;58(6):659-65.
26. Guimarães JATL, Villela WV. Características da violência física e sexual contra crianças e adolescentes atendidos no IML de Maceió, Alagoas, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2011; 27(8):1647-53.

27. Maia AC, Barreto M. Violência contra crianças e adolescentes no amazonas: análise dos registros. *Psicologia Estudo*. 2012;17(2):195-204.
28. Garbin CAS, Rovida TAS, Joaquim RC, Paula AM, Queiroz APDG. Violência denunciada: ocorrências de maus tratos contra crianças e adolescentes registradas em uma unidade policial. *Rev Bras Enferm*. 2011;64(4):665-70.
29. Assis SG, Avanci JQ, Pesce RP, Pires TO, Gomes DL. Notificações de violência doméstica, sexual e outras violências contra crianças no Brasil. *Cienc Saude Colet*. 2012;17(9):2305-17.
30. Sousa RP, Oliveira FB, Bezerra MLO, Leite ES, Maciel EJS. Caracterização dos maus-tratos contra a criança: avaliação das notificações compulsórias na Paraíba. *Espaço Saúde*. 2015;16(4):21-9.
31. Nunes AJ, Sales MCV. Violence against children in Brazilian scenery. *Ciênc Saúde Colet*. 2016;21(3):871-80.
32. Maia e Silva MC, Brito AM, Araújo AL, Abath MB. Caracterização dos casos de violência física, psicológica, sexual e negligências notificados em Recife, Pernambuco, 2012. *Epidemiol Serv Saúde*. 2013;22(3):403-12.
33. Lima JS, Deslandes SF. A notificação compulsória do abuso sexual contra crianças e adolescentes: uma comparação entre os dispositivos americanos brasileiros. *Interface Comum Saúde Educ*. 2011;15(38):819-32.
34. Brasil. [Estatuto da criança e do adolescente (1990)]. *Estatuto da criança e do adolescente*. Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990, e legislação correlata. 13. ed. Brasília (DF): Câmara dos Deputados, Edições Câmara; 2015.
35. Brasil. Ministério da Justiça. Secretaria Estadual de Direitos Humanos. Departamento da Criança e do Adolescente. *Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Infanto-Juvenil*. 3 ed. Brasília: SEDH/DCA; 2002.
36. Brasil. Lei n. 13.010, de 26 de junho de 2014. Altera a Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), para estabelecer o direito da criança e do adolescente de serem educados e cuidados sem o uso de castigos físicos ou de tratamento cruel ou degradante, e altera a Lei n. 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Brasília (DF): Diário Oficial da União; 27 jun. 2014.
37. Gadoni-Costa LM, Zucatti APN, Dell'Aglio DD. Violência contra a mulher: levantamento dos casos atendidos no setor de psicologia de uma delegacia para a mulher. *Estud Psicol*. 2011;28(2):219-27.
38. Lucena KDT, Silva ATMC, Moraes RM, Silva CC, Bezerra IMP. Análise espacial da violência doméstica contra a mulher entre os anos de 2002 e 2005 em João Pessoa, Paraíba, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2012;28(6):1111-21.
39. Lettiere A, Nakano AMS, Bittar DB. Violence against women and its implications for maternal and child health. *Acta Paul Enferm*. 2012;25(4):524-9.



ARTIGO DE REVISÃO

Análise da assistência de enfermagem no banco de leite humano: Revisão integrativa

ANALYSIS OF NURSING CARE IN HUMAN MILK BANK: INTEGRATIVE REVIEW

Priscila de Sousa Leitão¹, Anna Paula Sousa da Silva², Aline de Sousa Pereira³, Isabelle Cordeiro de Nojosa Sombra⁴, Thiago Cesar Silva de Sousa⁴.

1. Discente do Curso de Enfermagem do Centro Universitário Christus – Unichristus; 2. Doutora em Enfermagem na área de Saúde da Mulher e Oncologia. Docente do Curso de Enfermagem no Centro Universitário Christus; 3. Docente do Curso de Enfermagem no Centro Universitário Christus – Unichristus. Doutora em Saúde Coletiva. Especialização em Enfermagem Obstétrica; 4. Enfermeira assistencial no Hospital Estadual Leonardo da Vinci. Mestre em Saúde Coletiva. Doutoranda em Obstetrícia pela Dinter UFC/UNIFESP; 5. Discente do Curso de Enfermagem do Centro Universitário Christus – Unichristus.

Autora**Correspondente**

Priscila de Sousa
Leitão. E-mail:
prisolei2@gmail.com

Abstract

The Human Milk Bank is a support environment for mothers and newborns, with the purpose of to provide quality breast milk and support breastfeeding. The Meaningful Search by the milk bank is due to the difficulties presented during breastfeeding, being of short importance of monitoring the nurse with its holistic view with the mother-child binomial of welcoming and humanized way. Objective: to analyze in the scientific literature the assistance of Nursing in human milk bank. Method: integrative literature review, approach qualitative. Results: selected 5 articles on online data platforms Lilacs, Bdenf, Medline, Punmed and Virtual Health Library. Conclusion: nursing care is fundamental within the HMB scenario, as nurses through their technical knowledge are responsible for developing the entire care process with the mother and child, carrying out health promotion and prevention and minimizing the risks of abandoning breastfeeding maternal.

Descriptors: Nursing Care. Nursing Process. Human Milk Bank. Breastfeeding.

**Não declarados
conflitos
de interesse**

Resumo

O Banco de Leite Humano é um ambiente de suporte as mães e ao recém-nascido, com a finalidade de fornecer um leite materno de qualidade e prestar apoio na amamentação. A busca significativa pelo banco de leite se dá devido as dificuldades apresentadas durante a amamentação, sendo de suma importância o acompanhamento do enfermeiro com sua visão holística com o binômio mãe-filho de forma acolhedora e humanizada. Objetivo: analisar na literatura científica a assistência de Enfermagem em banco de leite humano. Método: revisão integrativa de literatura, de abordagem qualitativa. Resultados: selecionado 5 artigos nas plataformas de dados online Lilacs, Bdenf, Medline, Punmed e Biblioteca Virtual em Saúde. Conclusão: a assistência da enfermagem é fundamental dentro do cenário do BLH, pois os enfermeiros através dos seus conhecimentos técnicos são responsáveis por desenvolver todo o processo do cuidado com a mãe e o filho acolhendo, realizando promoção e prevenção à saúde e minimizando os riscos de abandono ao aleitamento materno.

Descritores: Assistência de Enfermagem; Processo de Enfermagem; Banco de Leite Humano; Aleitamento Materno.

INTRODUÇÃO

O Banco de Leite Humano (BLH) tem sido um valioso recurso estratégico das políticas públicas de saúde em prol da amamentação. Tendo como objetivo apoiar o aleitamento materno, promover programas de incentivo e sensibilizar a doação de leite sendo um espaço transformador, onde o enfermeiro está inserido por ser um profissional cujo perfil é o de educar e cuidar aquele que assiste⁽¹⁾.

De acordo com os estudos científicos, a procura ao BLH se destaca após 48 horas de vida do recém-nascido, sendo evidenciado a perda de peso do recém-nascido, dificuldades na pega mamária, e problemas associado a mama, tais como, fissuras, mastite e ingurgitamento mamário. Com isso, se faz necessário que os profissionais de saúde que tem todo conhecimento teórico-científico, tenham a percepção da vulnerabilidade materna e infantil estimule a prática eficaz do aleitamento materno⁽²⁾.

Nesse contexto, existe uma equipe multidisciplinar, composta por profissionais com habilidades técnicas, para prestar o cuidado ao binômio mãe-filho, sendo indispensável o papel da Enfermagem para dar suporte as mães no BLH, já que estão vivendo uma perspectiva nova e cheia de incertezas⁽³⁾. De acordo com a Lei 7.498/86, que regulamenta o exercício profissional de Enfermagem, evidenciando que o enfermeiro desempenhe como integrante da equipe de saúde, prevenção e controle sistemático de danos que possam ser causados à clientela durante a assistência de Enfermagem, sendo de responsabilidade técnica do enfermeiro assumir pelos serviços do BLH perante a vigilância sanitária⁽⁴⁻⁵⁾.

O papel da Enfermagem do BLH é através de seus conhecimentos teóricos e práticos, desenvolver estratégias voltadas ao aleitamento materno, promover apoio as lactantes frente as dificuldades apresentadas, implementar o processo de Enfermagem afim de realizar um planejamento holístico para o binômio mãe-filho, promover capacitações e ações educativas referente a maneira correta na execução da amamentação⁽⁶⁾.

O Processo de Enfermagem (PE) constitui em uma ferramenta de trabalho, preferencialmente realizada pelo enfermeiro, onde é utilizado pela equipe de Enfermagem de forma metodológica e documental proposto para guiar a sistematização da assistência no processo do cuidar para com o cliente. Sendo organizadas cinco fases interrelacionadas e concomitantes, onde orienta o enfermeiro a elaborar a melhor estratégia na prática assistencial⁽⁷⁾.

Embora o PE esteja presente na maioria dos cursos de graduação das universidades de Enfermagem e está contido na regulamentação do exercício profissional dos enfermeiros, são observadas que existem barreiras para sua execução, dificultando assim a sua implementação nas instituições de saúde comprometendo a qualidade da assistência, com isso interfere a efetivação da sistematização da assistência de Enfermagem⁽⁷⁾.

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é a metodologia usada para planejar, executar e avaliar o cuidado, constituindo ferramenta fundamental ao trabalho do enfermeiro. A organização do trabalho da Enfermagem depende de um alicerce de saberes e práticas a serem adequadamente selecionados pelo enfermeiro, a fim de proporcionar uma assistência segura e voltada para as necessidades da clientela, sendo a sistematização do processo assistencial uma tecnologia essencial para direcionar as ações da equipe⁽⁸⁾.

Sendo assim o anseio em realizar este estudo surgiu pelo interesse em aprofundar os conhecimentos referente à Assistência de Enfermagem, bem como, conhecer a importância e as atribuições dos enfermeiros no banco de leite humano para com isso ter uma assistência qualificada. Diante do exposto surgiu a seguinte pergunta norteadora: O que a literatura científica aborda acerca dos cuidados de Enfermagem desempenhados em sua atuação em Banco de Leite Humano. Tendo como objetivo, analisar na literatura científica a assistência de Enfermagem em banco de leite humano.

Neste pressuposto, esse estudo tem a relevância de entender e subsidiar a necessidade da implementação do Processo de Enfermagem (PE) para realização de uma boa assistência em Banco de Leite Humano, porém necessitam de uma maior compreensão na realização de uma assistência de qualidade.

MÉTODOS

Trata-se de uma revisão integrativa de literatura, no qual este método constitui em uma ferramenta na Prática Baseada em Evidências (PBE), de abordagem qualitativa. Essa metodologia proporciona o aprendizado e agregação da eficiência de resultados de estudos relevantes na prática. A revisão integrativa permite a inserção de diferentes estratégias, exercendo um papel fundamental na PBE em enfermagem⁽⁹⁾.

A revisão integrativa engloba uma ampla diversidade de estudos, contribuindo para diversas discussões de métodos e resultados de pesquisas, a finalidade inicial deste método de pesquisa é adquirir um conhecimento mais extenso de um determinado evento embasando-se em estudos anteriores⁽¹⁰⁾.

A aplicação de evidências científicas requisita capacidade do profissional de saúde, pois exige vincular resultados a partir de pesquisas na prática clínica para solucionar problemas. Esse benefício de resultados de pesquisas se torna uma das bases da Prática Baseada em Evidências, e dessa forma, para a efetivação desta abordagem, o enfermeiro deve saber como captar, explicar e agregar as evidências com os dados clínicos coletados e as escolhas do paciente na deliberação da assistência de Enfermagem aos clientes e seus familiares⁽⁹⁻¹⁰⁾.

O desenvolvimento da revisão integrativa ocorre por meio de seis etapas distintas:

1) Identificação do tema e elaboração da pergunta norteadora, 2) Busca ou amostragem na literatura, 3) Coleta de dados, 4) Análise dos estudos incluídos na revisão integrativa, 5) Discussão dos resultados, 6) Síntese e apresentação dos resultados⁽⁹⁾.

Na primeira etapa, ocorre a elaboração da pergunta norteadora onde conceito da pergunta norteadora é a etapa mais considerável da revisão, porque estabelece quais foram os estudos abrangidos, as medidas executadas para a identificação e as informações coletadas de cada estudo indicado⁽⁹⁾. A pergunta norteadora visa a projeção dos dados a serem alcançados de forma a subscrever as etapas e os achados. Escolheu-se uma pergunta norteadora que pudesse contribuir com os avanços das pesquisas e das etapas do estudo. Como pergunta norteadora, teve-se: Quais os cuidados de Enfermagem desempenhados no Banco de Leite Humano?

Na segunda etapa foi realizado a busca de estudos, amostragens, pesquisas e realizada a seleção dos critérios de inclusão e exclusão para a revisão integrativa⁽¹⁰⁾. A busca foi executada nas bases de dados: Base de dados de Enfermagem (BDENF), National Library of Medicine National Institute of Health (PubMed), Literatura Latino-Americana e do Caribe de Ciências da Saúde (LILACS) e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS Brasil).

Foram utilizados descritores, para a busca dos artigos, na língua portuguesa "Assistência de Enfermagem", "Processo de Enfermagem", "Banco de Leite Humano", "Aleitamento Materno", disponíveis no Descritores em Ciências da Saúde (Decs), combinando estes termos com o operador booleano "AND", e realizando cruzamento nas plataformas de dados, visando à garantia de uma busca mais ampla.

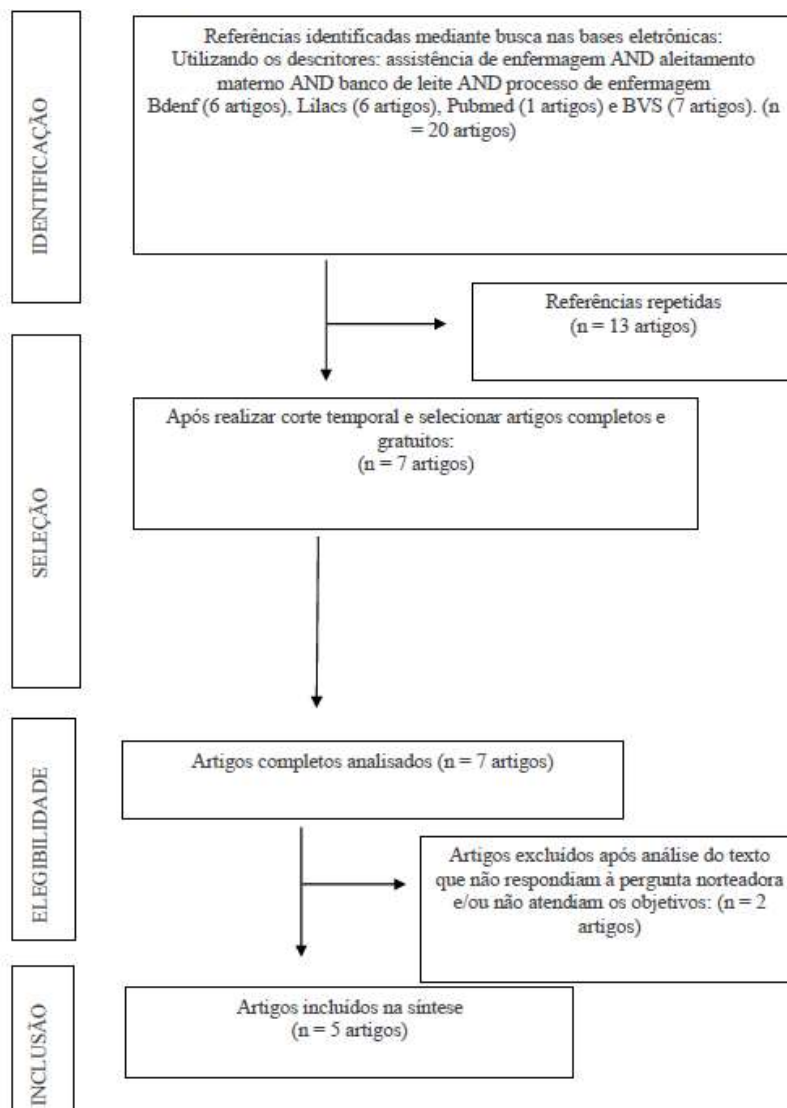
Os critérios de inclusão definidos para a seleção dos artigos foram os publicados em português, inglês e espanhol; artigos na íntegra que representassem a temática referente à sistematização da assistência de enfermagem, processo de enfermagem, banco de leite humano e aleitamento materno, e artigos publicados e classificados nos referidos bancos de dados nos últimos cinco anos. Desta forma, foram estabelecidos como critérios de exclusão, artigos incompletos, editoriais, cartas ao editor, artigos duplicados e que não correspondam com a problemática desta pesquisa.

Por meio de análises e pesquisas ativas em plataformas de bases de dados online, para contribuir na escolha da evidência mais favorável, estes artigos seguiram a subdivisão de acordo com o nível de evidência de Melnyk e Fineout-Overholt (2005, apud POMPEO, ROSSI e GALVÃO 2009). Por meio de buscas ativas nas

plataformas das bases de dados online findou-se na seleção e análise total de 20 artigos, sendo selecionados 5 artigos incluídos na síntese, conforme discriminado em um fluxograma, exposto na FIGURA 1, demonstrando todo o esboço da pesquisa.

Figura 1 – Fluxograma do processo de pesquisa para elaboração do estudo.

Fortaleza-Ce, 2021.



A terceira etapa compõe-se da escolha de dados a serem extraídos dos estudos escolhidos e classificação dos excluídos. Nessa etapa, o grau de confirmação dos estudos deve ser analisado a fim de estabelecer a confiança na utilização de seus resultados e fortalecer as conclusões que vão produzir o estado de conhecimento atual do tema pesquisado⁽¹⁰⁾.

Na quarta fase é realizada a avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa. Essa etapa consiste em uma abordagem organizada para avaliar o rigor e as características de cada estudo. A experiência clínica do pesquisador colabora na apuração da validade dos métodos e dos resultados, além de ajudar na determinação de sua utilidade na prática⁽⁹⁻¹⁰⁾.

Esta fase representa a etapa de discussão dos principais resultados na pesquisa convencional. A detecção de lacunas concede que o revisor aponte orientações adequadas para futuras pesquisas em busca de melhoria da assistência à saúde⁽¹⁰⁾. Foram realizadas análises críticas e sistemáticas da literatura pertinente a fim de obter os dados necessários à apresentação dos resultados desta pesquisa. A identificação das lacunas possibilitará que sejam apontadas sugestões pertinentes para futuras pesquisas nessa temática.

O método de análise culminou na observação dos estudos, leitura pertinente, descrição individual de cada achado e apresentação frente ao que se foi pretendido no tema. Essa etapa é feita da exposição da revisão e resumo do conhecimento. Na revisão integrativa, a combinação de várias metodologias pode ajudar para a falta de precisão, devendo ser levada dentro de critérios metodológico. Torna-se imperativo, no entanto, tecermos pontuais reflexões acerca de algumas fases do processo: coleta de dados, análise e discussão dos dados⁽⁹⁾.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

A caracterização do estudo demonstrou que os cinco artigos se tratava de autorias nacionais, quanto ao ano de publicação, variou entre os anos de 2017 e 2019. No Quadro 1 são expostos os resultados da pesquisa bibliográfica, cuja disposição se dá conforme, aos autores, título, objetivo, resultado e ano de publicação. O processo de enfermagem está diretamente ligado a experiência do profissional, quanto maior a experiência maior será o conhecimento sobre a SAE e eficaz para sua efetivação.

Quadro 1 – Caracterização amostral das publicações incluídas na revisão. Fortaleza-CE 2021

Estudo	Título	Autores	Objetivo	Resultado	Ano de Publicação
1	Sistematização da assistência de enfermagem: percepção e conhecimento da enfermagem Brasileira	Marcos Renato de Oliveira, Paulo César de Almeida, Thereza Maria Magalhães Moreira, Raimundo Augusto Martins Torres	Apresentar a percepção e o conhecimento de enfermeiros e acadêmicos de enfermagem brasileiros quanto à Sistematização da Assistência de Enfermagem.	A utilização do PE é maior de acordo com o nível de formação e requer mais conhecimento sobre a SAE e o PE.	2019
2	O papel do enfermeiro no banco de leite humano: uma revisão integrativa	Angélica Xavier da Silva, Mateus Demetrius Cavalcanti, Patrícia Cristina Galvão de França, Geórgia Freitas Rolim Martins, Aílton de Oliveira e Silva Júnior, Jacqueline de Araújo Gomes.	Analisar a atuação do profissional de enfermagem no que tange ao Banco de Leite Humano no processo de amamentação.	Observou a relevância da inserção do enfermeiro nesse momento, pois eles são capacitados, e se reconhecem como atores, e priorizam sempre as necessidades das ações de saúde.	2019
3	Saberes sobre o processo de enfermagem no banco de leite humano	Giovanna Rosário Soanno Marchiori, Valdecyr Herdy Alves, Diego Pereira Rodrigues, Márcia Vieira dos Santos, Maria Bertilla Lutterbach Riker Branco, Adriana Duarte Gabriel.	Analisar os saberes dos enfermeiros sobre o processo de enfermagem como instrumento da Sistematização da Assistência de Enfermagem no Banco de Leite Humano.	O processo de enfermagem pode ser considerado um organizador dos trabalhos, no espaço do Banco de Leite Humano. Tais saberes no cotidiano e o conhecimento da aplicabilidade do processo de enfermagem necessitam ser um pressuposto para	2018

				sustentar as ações dos enfermeiros nos Bancos de Leite Humano.	
4	Atuação do Enfermeiro nos Bancos de Leite Humano.	Juliana Aguiar Carvalho Pereira, Valdecyr Herdy Alves, Giovanna Rosario Soanno Marchiori, Diego Pereira Rodrigues, Adriana Duarte Gabriel, Marcia Vieira dos Santos.	Identificar as práticas dos enfermeiros nos bancos de leite humano.	Emergiram duas categorias: Organização das práticas pela rotina do enfermeiro nos espaços do banco de leite humano e a educação continuada como pressuposto para a atuação nas práticas no banco de leite humano	2017

Fonte: Própria do autor.

O processo de análise do conteúdo dos artigos, dentro da temática, possibilitou identificar uma série de procedimentos, que permite uma melhor compreensão da implementação do processo de enfermagem para a efetivação da sistematização da assistência de enfermagem no BHL.

Atuação do enfermeiro em Banco de Leite Humano

A Enfermagem é uma profissão que promove o cuidado humano, individual e coletivo, atua em diferentes cenários restando serviços de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, e contribui na validação da implementação no processo de enfermagem. Na consulta de enfermagem é realizada as etapas do processo de Enfermagem: coleta de dados, diagnósticos de enfermagem, planejamento de enfermagem, implementação e avaliação de enfermagem. Com essas informações do enfermeiro elabora um plano de cuidados assistencial para cada paciente, de acordo com suas necessidades, cumprindo assim a Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE⁽¹¹⁾.

Os enfermeiros atuantes nos BLH deparam-se em constante incitação, pois, de acordo com as análises, ocorre uma repartição nas etapas do processo de enfermagem dificultando a sua implementação. Além de que, ocorre uma inconformidade de compreensão entre as enfermeiras atuantes no que se refere ao processo de enfermagem⁽¹⁾.

Determinadas enfermeiras exercem diversas funções gerenciais e administrativas além das demandas diárias, frustrando-as em intervenções relevantes na assistência direta no processo de enfermagem. Com isso, as demandas gerenciais e organizacionais requerem muito das enfermeiras fazendo com que as ações práticas de enfermagem fiquem subjugadas a cenários onde ocorrem circunstâncias complicadas.⁽¹²⁾

O processo organizacional da função de enfermagem no BLH se torna um desafio, pois a falta de esclarecimento em relação ao entendimento sobre as etapas do processo de enfermagem é desproporcional. Sendo necessário a efetivação de novos projetos para especialização desses profissionais nesta temática.⁽¹³⁾

De acordo com os estudos, uma das barreiras que impedem uma boa efetivação do PE na SAE se dá a uma vaga interpretação desde processo, pois inúmeros enfermeiros visam a SAE e o PE como ferramenta burocrática associando a formulários e registros, sendo algo muito além de mera formalidade. Com isso, ambas as ferramentas são interpretadas de formas indevidas, gerando assim conflito e dificuldade na sua execução, sendo esta dificuldade ainda presente na perspectiva atual.⁽⁸⁾

Neste sentido, afirmam a necessidade de uma educação permanente no ambiente de trabalho, que estimule o interesse desses profissionais de pôr em prática essa ferramenta de extrema importância para a enfermagem e seus pacientes. Efetivando assim cuidado clínico de enfermagem, baseando-se em seu conhecimento teórico-científico e autonomia na execução da assistência de enfermagem prestada.⁽⁸⁾

Neste primeiro argumento, mostra-se que a equipe de enfermagem está sobrecarregada com o excesso de atividades que são desempenhadas no BLH impossibilitando desempenhar ações assistenciais com o binômio mãe-filho. Além de apresentar dificuldade no entendimento teórico-prático do processo de enfermagem e da sistematização da assistência de enfermagem, sendo necessário que as instituições promovessem uma atualização sobre essa temática com os enfermeiros e delegasse funções individuais para que com isso não ocorra a sobrecarga.

No Banco de leite a Enfermagem elabora diferentes formas de prestar assistência ao cuidado com a nutriz, prevenindo possíveis intercorrências como dor mamilar, mastite, lesão mamilar por má pega, ingurgitamento mamário. Além de estar envolvida na coleta, armazenamento e pasteurização do leite materno, o enfermeiro deve estar atento aos aspectos emocionais, socioculturais e familiar.⁽¹⁴⁾

O trabalho da Enfermagem é fundamental dentro do cenário do BLH, pois os enfermeiros através dos seus conhecimentos técnicos são responsáveis por desenvolver todo o processo do cuidado com a mãe e o filho acolhendo, realizando promoção e prevenção à saúde e minimizando os riscos de abandono ao aleitamento materno. Para que o enfermeiro possa prestar uma assistência de qualidade, se faz necessário que haja uma estruturação em sua assistência para acelerar, incentivar e auxiliar na resolução de contratempos aplicando a SAE no cotidiano.⁽³⁾

A notabilidade do ofício do enfermeiro se dá, quando, é desenvolvido um protocolo específico para cada paciente, e ao final da assistência desenvolvida, o enfermeiro tenha que ter obtido um resultado positivo, pois só assim ele é reconhecido como um profissional competente. Para que chegue a esse objetivo se faz necessário que haja uma compreensão mais clara entre os enfermeiros sobre a SAE e com isso, ocorre o aprimoramento das suas atividades desempenhadas no BLH a partir da efetivação da SAE.⁽¹⁾

Dessa forma, pode observar que a significância do papel do enfermeiro no banco de leite como um incentivador ao aleitamento materno, desde o acolhimento do binômio até a apoio emocional decorrente a essa fase de grandes mudanças. E a necessidade de uma educação continuada sempre atualizando-se com novos métodos e técnicas de amamentação, organização e estruturação das atividades desenvolvidas.

A SAE, é renomada como uma ferramenta de prestação de cuidados para alcançar uma repercussão positiva na implementação da assistência, cujo manuseio exige do conhecimento minucioso do enfermeiro, que deve estar atento aos resultados esperados após a sua implementação. Os autores afirmam, a necessidade da utilização da SAE no cotidiano do BLH, pois além de garantir um delineamento mais individualizado e holístico oferece segurança nas suas deliberações tendo como proteção o conhecimento científico sobre a sistematização.⁽¹³⁾

Neste sentido, a SAE é um dos instrumentos fundamentais sendo relevante para o cotidiano do profissional, proporcionando uma assistência de qualidade para o planejamento integral ao paciente. Além de estabelecer uma organização do trabalho da equipe de enfermagem, o profissional fica assegurado dentro das normas e técnicas preconizadas através da efetivação do registro de enfermagem.

A utilização do PE no dia a dia do enfermeiro, possibilita maior organização e planejamento na assistência a ser prestada, visando sempre a individualidade do paciente. Com isso, o enfermeiro tem autonomia de diagnosticar, planejar, implementar e avaliar as decisões tomadas, promovendo a independência da profissão.⁽⁸⁾

Conforme os artigos analisados, alguns enfermeiros possuem divergências a respeito da compreensão sobre as etapas do processo de enfermagem e sua aplicabilidade, além disso em determinados locais de trabalho as normas técnicas prevalecem, ao invés de implementar a SAE e efetivar o processo de enfermagem fazendo com que haja uma estruturação das suas atividades no BLH.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As pesquisas apontaram a necessidade do enfermeiro no Banco de Leite como um fomentador a amamentação, fazendo-se necessária as inúmeras intercorrências que ocorrem após o nascimento do recém-nascido. Traz benefícios para a lactante e o lactente, diminui o sangramento pós-parto, promove um vínculo afetivo entre mãe e filho, além de reduzir a morbimortalidade infantil.

Para o AM ser bem-sucedido pelas mães, se faz necessário um apoio profissional onde essa nutriz sinta acolhida e com todo suporte para dar continuidade em um processo complexo. O trabalho da Enfermagem é fundamental dentro do cenário do BLH, pois os enfermeiros através dos seus conhecimentos técnicos são responsáveis por desenvolver todo o processo do cuidado com a mãe e o filho acolhendo, realizando promoção e prevenção à saúde e minimizando os riscos de abandono ao aleitamento materno.

Constatou-se um impasse entre os enfermeiros atuantes nos BLH para que ocorra a implementação do processo de enfermagem para a efetivação da sistematização da assistência de enfermagem, devido à falta de compreensão, se faz necessário que primeiramente seja realizada uma atualização nas instituições com os enfermeiros para melhorar a compreensão a respeito da SAE e das etapas do PE. E a partir desse pressuposto, escolher um idealizador apto para acompanhar a efetivação dessa sistematização.

A temática em foco é fator restritivo da pesquisa, dificultando a discussão nos artigos encontrados. Este estudo evidenciou que o processo de enfermagem é fundamental na prática profissional, garantindo a segurança e independência do enfermeiro. Para indicação de novas pesquisas, esse trabalho levanta a questão: ações de enfermagem desenvolvidas para efetivação no banco de leite.

REFERÊNCIAS

- 1 - Marchiori, GRS, Alves VH, Rodrigues DP, Santos MV, Riker MBL. Saberes sobre processo de enfermagem no banco de leite humano. *Texto Contexto – Enferm* [Internet]; 2018; 27(3): 390-016. Disponível em : <https://doi.org/10.1590/0104-070720180000390016>.
- 2 - Passos, LS, Kroll C, Borges L, Rocha EDM, Schultz LF. Acompanhamento dos atendimentos de pré-pueras e recém-nascidos em um banco de leite humano. *Esc Anna Nery* 2020; 24(2): e20190086. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2019-0086>.
- 3 - Silva, AX, Cavalcanti MD, França PCG, Martins GFR, Silva Júnior AO, Gomes JA. O papel do enfermeiro no banco de leite humano: uma revisão integrativa. *Braz. J. Hea. Rev.*, 2019; 2(2):1005-1017. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/1283/1157>.
- 4 - COFEN. Lei Nº 7.498/86, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986_4161.html.
- 5 - BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 171, de 4 de setembro de 2006. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para o funcionamento de Banco de Leite Humano. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 2006.
- 6 - Rodrigues, CAS, Massulo YG, Mansano NS, Barbosa JP. A importância do enfermeiro no banco de leite humano. *Revista Científica Eletrônica de Enfermagem da FAEF*, 2018; 1(1). Disponível em: http://faef.revista.inf.br/imagens_arquivos/arquivos_destaque/bznud9j7AIME6xC_2018-7-26-10-54-6.pdf.

- 7 - Trindade, LR, Ferreira AM, Silveira A, Rocha EN . Processo de Enfermagem: desafios e estratégias para sua implementação sob a ótica dos enfermeiros. Santa Maria, 2016; 42 (1): 75-82. Disponível em: < <https://periodicos.ufsm.br/revistasaude/article/viewFile/19805/> >.
- 8 - Oliveira, MR, Almeida PC, Moreira TMM, Torres RAM . Sistematização da assistência de enfermagem: percepções e conhecimentos da enfermagem brasileira. Rev. Bras. Enferm. , 2019; 72 (6): 1547-1553. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-1672019000601547&lng=en&nrm=iso>. acesso em 02 de novembro de 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0606>.
- 9 - SOUZA, MT, Silva MD, Carvalho R . Revisão Integrativa: o que é e como fazer. Einstein. 2010; 8(1 Pt 1):102-6. Disponível em < https://www.scielo.br/pdf/eins/v8n1/pt_1679-4508-eins-8-1-0102>. Acesso em 09 de novembro de 2020.
- 10 - Mendes, KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto contexto - enferm. [Internet], 2008;17 (4); 758-764. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-072008000400018&lng=en&nrm=iso>. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>.
- 11 - ANDRADE, SR, Picolli T, Ruoff AB, Ribeiro JC, Sousa FM. Fundamentos normativos para a prática do cuidado realizado pela enfermagem brasileira. Rev. Bras. Enferm., 2016: 69 (6);1082-1090, Dec. 2016. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672016000601082&lng=en&nrm=iso>. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0228>.
- 12- Pereira, JAC, Alves VH, Marchiori GRS, Rodrigues DP, Gabriel AD, Santos MV. Atuação dos Enfermeiros do Banco de Leite Humano. Rev. Enferm. UFPE [Internet], 2017: 11(7): 2691- 6. Disponível em:<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/search/search?simpleQuery=ATUA%C3%87%C3%83O+DO+ENFERMEIRO+NOS+BANCOS+DE+LEITE+HUMANO&searchField=query>.
- 13 - Marchiori, GRS, Alves VH, Rodrigues DP, Gabriel AD, Santos MV, Branco MBLR . Articulação entre sistematização de enfermagem e procedimentos operacionais: perspectiva dos enfermeiros dos bancos de leite. Rev Enferm UFMS, [Internet] 2017;7(2): 179-192. Disponível em:<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/search/search?simpleQuery=ARTICULA%C3%87%C3%83O+ENTRE+SISTEMATIZA%C3%87%C3%83O+DE+ENFERMAGEM+E+PROCEDIMENTOS+OPERACIONAIS%3A+PERSPECTIVA+DOS+ENFERMEIROS+DOS+BANCOS+DE+LEITE+&searchField=query>>. Acesso em: 21 de junho de 2021.
- 14 - Brasil, MS. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar. 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 184 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica;n.23).



ARTIGO DE REVISÃO

Prevalência dos fatores de risco para transtorno mental comum entre profissionais de enfermagem

Prevalence of risk factors for common mental disorder among nursing professionals

Lucijane Maria da Silva Gaspar¹, Bárbara Silva de Carvalho².

1. Enfermeira, Mestre em Saúde Pública, coordenadora assistencial da residência de enfermagem psiquiátrica do hospital Ulysses Pernambucano 2. Enfermeira, Especialista em Enfermagem Psiquiátrica.

Abstract

Autora

Correspondente

Lucijane Maria da Silva Gaspar. E-mail: jane.gaspar@hotmail.com

Não declarados conflitos de interesse

Objective: To estimate the prevalence of risk factors for common mental disorder (CMD) among nursing professionals at the psychiatric hospital Ulysses Pernambucano. **Methods:** Cross-sectional study conducted with 136 nursing professionals using the Self-Report Questionnaire-20. The analysis of the distribution of absolute and relative frequency of the characteristics of the population was carried out. **Results:** Approximately 70% of the team consisted of nursing technicians, 68.1% were female and 61.5% were over 40 years old. The prevalence of risk factors for CMD was found in 14.3% of the team. There was no statistically significant association between the sociodemographic variables analyzed in relation to the CMD. **Conclusion:** It becomes evident the need to promote strategies to promote the health of nursing workers, especially those most susceptible to CMD. It is recommended that professionals be welcomed, listened to and accompanied, aiming at comprehensive care.

Descriptors: Mental disorders; Nursing professionals; Mental health.

Resumo

Objetivo: Estimar a prevalência dos fatores de risco para transtorno mental comum (TMC) entre profissionais de enfermagem do hospital psiquiátrico Ulysses Pernambucano. **Métodos:** Estudo transversal realizado em 136 profissionais de enfermagem utilizando o Self-Report Questionnaire-20. Realizou-se a análise da distribuição de frequência absoluta e relativa das características da população. **Resultados:** Aproximadamente 70% da equipe eram compostas por técnicos de enfermagem, 68,1% do sexo feminino e possuíam mais de 40 anos 61,5%. Verificou-se a prevalência para fatores de risco ao TMC em 14,3% dos pesquisados. Não se verificou associação estatística entre as variáveis sociodemográficas analisadas em relação ao TMC. **Conclusão:** Torna-se evidente a necessidade de promoção de estratégias para promover a saúde dos trabalhadores, em especial àqueles mais susceptíveis ao TMC. Recomenda-se que os profissionais sejam acolhidos, escutados e acompanhados, visando à integralidade no cuidado.

Descritores: Transtornos mentais; Profissionais de enfermagem; Saúde Mental.

INTRODUÇÃO

Os profissionais de saúde diariamente são expostos a fatores que favorecem a ocorrência de sofrimentos ou doenças. Muitas vezes eles manifestam sinais e sintomas psíquicos e/ou orgânicos que podem atuar de forma negativa nos resultados dos serviços e na qualidade assistencial prestada aos clientes.^(1,2) Entre esses profissionais, a equipe de enfermagem que é composta por enfermeiros e técnicos de enfermagem, possui grande susceptibilidade ao adoecimento, em virtude da excessiva carga de trabalho e responsabilidades no cuidado com os pacientes.^(3,4)

O ambiente de trabalho reflete diretamente nas implicações que o adoecimento psíquico acarreta nos profissionais de enfermagem. O hospital psiquiátrico pode agir de forma prejudicial na saúde desses profissionais, em virtude da complexidade exigida no cuidado ao paciente e na organização do serviço. O desgaste emocional e físico gerado pela atividade laboral pode produzir tristeza, desânimo, sensibilidade emotiva, raiva, estresse e ansiedade, acarretando um baixo desempenho e insatisfação do trabalhador, sendo estes considerados alguns fatores que colaboram para o surgimento de transtornos mentais e comportamentais.^(4,5)

O transtorno mental comum (TMC) é uma expressão criada por Goldber e Huxley para designar sintomas não psicóticos como fadiga, insônia, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração, mal estar gástrico, sensação de inutilidade, cefaleia e queixas somáticas, que levam a uma desordem no funcionamento do indivíduo. Não configuram categoria nosológica da 10ª Classificação Internacional de Doenças (CID-10), nem no Manual de Diagnóstico e Estatística das Doenças Mentais (DSM) da Associação Psiquiátrica Americana.⁽⁶⁾

Quando o ambiente de trabalho é hospitalar, destaca-se como desencadeadores do TMC o descontentamento e falta de reconhecimento profissional, recompensas deficientes, pouca autonomia, relações interpessoais complicadas, falta de recursos materiais e humanos, longa jornada de trabalho, baixos salários, exposição a riscos ocupacionais e a indefinição do papel profissional.⁽⁷⁾ O TMC se apresenta como principal transtorno mental entre os trabalhadores da enfermagem sendo responsável por aproximadamente 12% das doenças e incapacidades, acarretando constantes faltas ao trabalho, incapacidades para o serviço e aposentadoria precoce.⁽⁸⁾

Os relatos de TMC apresentam importante visibilidade na literatura científica, sendo considerado uma das principais causas de adoecimento psíquico entre profissionais de enfermagem⁹. Portanto, levando-se em consideração a importância que o ambiente hospitalar exerce sobre a saúde do trabalhador, objetivou-se neste estudo estimar a prevalência de fatores de risco para transtorno mental comum entre profissionais de enfermagem do hospital psiquiátrico Ulysses Pernambucano.

MÉTODOS

Estudo de corte transversal do tipo descritivo, realizado nos meses de fevereiro e março de 2020. O estudo foi desenvolvido no hospital psiquiátrico Ulysses Pernambucano (HUP), município de Recife, Pernambuco. Possui 115 leitos de internamento de curta permanência e uma emergência, com 25 leitos para estabilização dos casos em fase aguda, atendendo por mês cerca de 1.500 pacientes.⁽¹⁰⁾ O HUP possui uma equipe multiprofissional, dentre a qual destacamos a de enfermagem, que realiza o acolhimento e classificação de risco, articulação com a rede psicossocial, cuidados aos pacientes nas enfermarias e intercorrência clínica. O Hospital também constitui campo de formação para profissionais de graduação e residência médica, de enfermagem e de psicologia.

A população do estudo foi 136 profissionais de enfermagem que atuam na emergência e enfermarias. Foram excluídos os que estavam de férias, licença médica ou desvio de função no período de coleta. Para obtenção dos dados foi utilizado o instrumento autoaplicável, *Self Report Questionnaire* (SRQ-20) que rastreia TMC. Esse questionário foi desenvolvido por Harding et al. e validado no Brasil por Mari e Williams⁽⁶⁾, sendo recomendado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em estudos coletivos por

apresentar facilidade de aplicação e custo baixo. Suas respostas são do tipo sim/não e cada resposta positiva equivale a um ponto. Para que seja detectada a presença de TMC é necessário que o indivíduo pontue acima de 7.⁽¹¹⁾ Também foi utilizado um questionário sócio demográfico contendo 15 questões objetivas, para análise de associação dos fatores de risco com o TMC.

Os dados foram digitados numa planilha eletrônica no Programa Microsoft Office Excel® 2010 para Windows®, com dupla digitação para correção de erros, e analisados no programa Einfo, versão 7.0. Realizou-se a análise da distribuição de frequência absoluta e relativa (%) das características da população de estudo. Em seguida a frequência absoluta e relativa do TMC foi calculada de acordo com as características da equipe de enfermagem. Todos os testes foram aplicados com 95% de confiança; verificou-se a associação entre as variáveis através do Teste Qui-Quadrado e o Teste Exato de Fisher a um nível de significância de $p=5\%$. O projeto foi submetido à apreciação e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade de Pernambuco, com o Parecer N° 3.822.914, CAAE: 03012818.8.0000.5207.

RESULTADOS

Do total de 136 profissionais que integravam a equipe de enfermagem, 26 eram de enfermeiros, e 105 técnicos de enfermagem. Destes, 91 (66,9%) participaram da pesquisa, foram excluídos 5 enfermeiros e 15 técnicos de enfermagem por estarem de férias, licença médica ou desvio de função.

Possuem quarenta anos ou mais 61,5% e são do sexo feminino 68,1%. Em relação ao estado civil 57,1% possuem companheiro, e possuem de 1 a 2 filhos 62,6%. Declaram-se não branca 68,1%, e dizem possuir religião 82,4%. Relatou 74,7% possuir casa própria ou financiada. Em relação aos turnos de trabalho 49,4% trabalham diurnamente e 30,8% trabalham mais de um turno, e em relação às horas trabalhadas semanalmente aproximadamente 50% estão entre 20 e 40 horas. Disseram 57,1% ter renda pessoal de 1 até 2 salários-mínimos, e em relação a renda familiar 36,3% também referiram renda de 1 até 2 salários (Tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição absoluta e relativa das características sociodemográficas da equipe de enfermagem do HUP. Recife, PE, Brasil, 2020.

Variáveis	N	%
Idade		
< 40	35	38,5
≥ 40	56	61,5
Sexo		
Feminino	62	68,1
Masculino	29	31,9
Categoria profissional		
Auxiliar de enfermagem	7	7,7
Técnico de enfermagem	63	69,2
Enfermeiro	21	23,1
Estado Civil		
Com Companheiro	52	57,1
Sem Companheiro	39	42,9
Nº de Filhos		
Nenhum	21	23,1
1-2 Filhos	57	62,6
3 ou mais filhos	13	14,3
Raça		

Branca	29	31,9
Não Branca	62	68,1
Religião		
Sim	75	82,4
Não	16	17,6
Habitação		
Própria / Financiada	68	74,7
Alugada	20	22,0
Cedida	3	3,3
Turno		
Diurno	45	49,4
Noturno	18	19,8
Mais de um turno	28	30,8
Horas de Trabalho		
20-40 horas	46	50,5
40-60 horas	31	34,1
Mais de 60 horas	14	15,4
Renda Pessoal		
1 até 2 salários	52	57,1
Acima de 2 até 4 salários	28	30,8
Acima de 4 salários	11	12,1
Renda Familiar		
1 até 2 salários	33	36,3
Acima de 2 até 4 salários	32	35,2
Acima de 4 salários	26	28,6

Fonte: dados do estudo

Ainda referiram 28,6% possuir pessoas com transtorno mental na família, 9% tomam medicação controlada, e 12% possui doença crônica (dados não expostos em tabela).

Em relação às respostas positivas do questionário SRQ cerca de 20% da equipe de enfermagem dizem sentir dores de cabeça frequentes, 27,5% dormem mal, 28,6% sentem-se nervoso, tenso ou preocupado, 25,3% tem má digestão, 20,9% sente-se cansado o tempo todo, e 27,5% tem sensações desagradáveis no estômago (Tabela 2).

Tabela 2 –Distribuição absoluta e relativa das respostas afirmativas do questionário SRQ da equipe de enfermagem do HUP, Recife, PE, Brasil, 2020.

SRQ	N	%
Tem dores de cabeça frequentes	18	19,8
Tem falta de apetite	9	9,9
Dorme mal	25	27,5
Assusta-se com facilidade	13	14,3
Tem tremores nas mãos	2	2,2
Sente-se nervoso (a), tenso (a), ou preocupado	26	28,6
Tem má-digestão	23	25,3
Tem dificuldade de pensar com clareza	12	13,2
Tem se sentido triste ultimamente	13	14,3
Tem chorado mais do que o costume	4	4,4

Encontra dificuldade para realizar com satisfação suas atividades diárias	8	8,8
Tem dificuldade para tomar decisões	15	16,5
Tem dificuldades no serviço	12	13,2
É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida	6	6,6
Tem perdido o interesse pelas coisas	7	7,7
Você se sente uma pessoa inútil, sem préstimo	0	0,0
Tem tido ideias de acabar com a vida	0	0,0
Sente-se cansado (a) o tempo todo	19	20,9
Tem sensações desagradáveis no estômago	25	27,5
Você se cansa com facilidade	12	13,2
Transtorno pelo SRQ	13	14,3

Fonte: dados do estudo

Verificou-se a prevalência geral para fatores de risco ao TMC em 14,3% dos profissionais de enfermagem estudados (dados não expostos em tabela).

Não se verificou associação estatisticamente significativa entre as variáveis sociodemográficas analisadas em relação ao TMC (tabela 3).

Tabela 3 – Análise das características sociodemográficas associadas à prevalência de fatores de risco para TCM da equipe de enfermagem do HUP, Recife, PE, Brasil, 2020.

Variáveis	Transtorno		p-valor
	Sim n (%)	Não n (%)	
Idade			
< 40	5 (14,3)	30 (85,7)	1,000 *
≥ 40	8 (14,3)	48 (85,7)	
Sexo			
Feminino	11 (17,7)	51 (82,3)	0,213 **
Masculino	2 (6,9)	27 (93,1)	
Categoria profissional			
Auxiliar de enfermagem	1 (14,3)	6 (85,7)	0,698 **
Técnico de enfermagem	8 (12,7)	55 (87,3)	
Enfermeiro	4 (19,0)	17 (81,0)	
Estado Civil			
Com Companheiro	7 (13,5)	45 (86,5)	0,795 *
Sem Companheiro	6 (15,4)	33 (84,6)	
Nº de Filhos			
Nenhum	5 (23,8)	16 (76,2)	0,148 **
1-2 Filhos	8 (14,0)	49 (86,0)	
3 ou mais filhos	0 (0,0)	13 (100,0)	
Raça			
Branca	5 (17,2)	24 (82,8)	0,749 **
Não Branca	8 (12,9)	54 (87,1)	
Religião			
Sim	10 (13,3)	65 (86,7)	0,693 **
Não	3 (18,8)	13 (81,2)	
Habitação			

Própria / Financiada	8 (11,8)	60 (88,2)	0,062 **
Alugada	3 (15,0)	17 (85,0)	
Cedida	2 (66,7)	1 (33,3)	
Turno			
Diurno	9 (20,0)	36 (80,0)	0,110 **
Noturno	0 (0,0)	18 (100,0)	
Mais de um turno	4 (14,3)	24 (85,7)	
Horas de Trabalho			
20-40 horas	5 (10,9)	41 (89,1)	0,556 **
40-60 horas	6 (19,4)	25 (80,6)	
Mais de 60 horas	2 (14,3)	12 (85,7)	
Renda Pessoal			
1 até 2 salários	8 (15,4)	44 (84,6)	1,000 **
Acima de 2 até 4 salários	4 (14,3)	24 (85,7)	
Acima de 4 salários	1 (9,1)	10 (90,9)	
Renda Familiar			
1 até 2 salários	5 (15,2)	28 (84,8)	1,000 **
Acima de 2 até 4 salários	4 (12,5)	28 (87,5)	
Acima de 4 salários	4 (15,4)	22 (84,6)	

Fonte: dados do estudo. (*) Teste Qui-Quadrado (**) Teste Exato de Fisher

DISCUSSÃO

A maioria dos profissionais apresentou idade maior ou igual a 40 anos. Segundo Machado et al.⁽¹²⁾, em pesquisa que traçou o perfil da enfermagem brasileira cerca de 60% apresentaram idade inferior a 40 anos, dado desigual ao encontrado no estudo. Este fato pode estar relacionado à questão do estigma e do medo em trabalhar com pacientes psiquiátricos, mas que segundo alguns estudos profissionais da saúde mental são mais experientes e trabalham porque estão mais adaptados ao tipo de serviço.^(4,5)

Também foi observado que cerca de 70% dos trabalhadores são do sexo feminino, o que é uma tendência desde a antiguidade onde a mulher era a única provedora dos cuidados com os doentes, o que corrobora com outros estudos e destaca o papel fundamental das mulheres na sociedade e no mercado de trabalho.⁽¹²⁾

Foi identificado que a maioria possuía renda pessoal e familiar semelhantes entre 1 até 2 salários-mínimos, demonstrando que o trabalhador seja o único provedor da família. Também se pode considerar que possuem renda baixa, o que pode ser reflexo da pouca valorização da profissão de enfermagem, fato que desencadeia outros problemas sociais que podem levar a uma má qualidade de vida e possíveis problemas psicológicos.^(1,13)

Verificou-se uma prevalência de 14,3% de rastreamento positivo para o TMC entre os pesquisados. Apesar de não ser verificada associação estatística significativa na análise entre as variáveis sociodemográficas e o TMC, houve predomínio de TMC no sexo feminino, sem companheiro e entre os que não possuem filhos. Estudo realizado por Rodrigues et al.⁽⁹⁾ com a equipe de enfermagem de um Hospital Geral em Salvador, apresentou 35% de indicativo para TMC, e outro realizado por Sousa et al.⁽⁷⁾ em profissionais de um hospital psiquiátrico, também na região nordeste, revelou que 25,7% possuíam prevalência de TMC. Apesar destes estudos se tratarem da prevalência de fatores positivos para o TMC eles não podem ser comparados com o presente estudo, pois um foi realizado em hospital geral e o outro com todos os trabalhadores do hospital pesquisado.

No presente estudo verificou-se uma maior prevalência de TMC nos enfermeiros em comparação aos auxiliares e técnicos de enfermagem. Estudo realizado com trabalhadores de enfermagem de um

hospital psiquiátrico na região Nordeste do Brasil revelou maior prevalência para TMC na categoria auxiliar/técnico de enfermagem, dado que diverge do presente estudo.⁽⁷⁾ Tal fato pode ser explicado pela natureza do trabalho desenvolvido pelos enfermeiros, em virtude da falta de recursos humanos e materiais, dificuldades na divisão e organização do serviço, crescente desvalorização da profissão, baixa remuneração, mais de um vínculo empregatício, jornadas de trabalho extensas, imprevisibilidade de comportamento dos pacientes, o que pode sugerir maior probabilidade destes profissionais ao adoecimento psíquico.⁽¹⁾

Foi encontrada uma maior proporção de pessoas com TMC sem companheiro. Esse dado converge ao relatado por alguns autores onde aponta que a maioria dos participantes com TMC não apresentam companheiro.⁽¹⁴⁾ Em Campinas, estudo realizado com mulheres separadas, divorciadas ou viúvas refere que a maioria possui uma maior prevalência para transtornos mentais, pois apresentaram níveis significativamente elevados de estresse. A satisfação com o relacionamento pode atenuar as tensões diárias se refletindo na saúde física e psicológica.⁽¹⁵⁾

A média do número de filhos apresentada pelos pesquisados foi de um a dois, fato esse que não contribuiu para diferenciar pessoas com ou sem TMC. Estudo realizado no Estado da Bahia, com mais de 2000 mulheres verificou relação diretamente proporcional entre o número de filhos e a prevalência de TMC, fato este relacionado com sobrecarga de responsabilidades familiares e do trabalho.⁽¹⁴⁾

A maioria dos participantes com TMC, disseram não possuir religião. Estudo efetivado por Reinaldo e Santos ⁽¹⁶⁾ aponta que a religiosidade esta associada a uma melhor qualidade na saúde mental, sendo sua prática um recurso de trocas afetivas e espaço de apoio e convivência social, proporcionando conforto e esperança. Portanto, pode-se inferir uma potencialidade de feitos positivos da religião o que pode interferir no processo saúde/doença mental.

Entre os que apresentaram TMC, a maioria relatou carga horária entre quarenta e sessenta horas semanais. Diversos fatores contribuem para o desenvolvimento de transtornos mentais, entre eles a sobrecarga de trabalho, jornadas excessivas, baixa remuneração e mais de um vínculo empregatício.^(13,17) A realidade dos profissionais estudados mostra uma elevada carga horária em virtude dos baixos salários, o que pode prejudicar o sono e repouso, levando a maior vulnerabilidade ao TMC.

Nesse estudo foi observado que dentre os participantes com TMC, 23% referiram a presença de portador de transtorno mental na família. Estudos comprovam que um membro da família com transtorno mental produz impactos nos demais, em virtude da sobrecarga e demandas envolvidas no processo de cuidar e acompanhar o doente no tratamento. Nesses casos a família encontra-se muitas vezes sobrecarregada fisicamente, emocionalmente e economicamente.⁽¹⁴⁾

Entre os sintomas avaliados pelo SRQ-20, destacou-se a queixa de sentir-se nervoso, tenso ou preocupado e dormir mal. Esses dados também foram mais prevalentes em estudo realizado no Hospital das Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, que utilizou o mesmo instrumento de triagem para avaliar a prevalência de TMC entre profissionais de saúde.⁽¹⁾ Importante destacar que o sono é uma necessidade humana básica e a ausência deste produz irritabilidade, cansaço e sintomas que podem prejudicar o trabalho de cuidados da enfermagem, comprometendo a qualidade da assistência prestada ao cliente.⁽¹⁸⁾

Pode-se considerar que durante a aplicação do questionário fatores limitantes como viés de informações podem ter influenciado os resultados, como possíveis omissões ou respostas inverídicas por medo de julgamento e também a pressa para retornar as atividades. No entanto, deve-se considerar que este resultado sugere que locais de trabalho refletem diferentes perfis de adoecimento ao trabalhador de enfermagem, sendo importante considerar o perfil do usuário, o contexto e as condições de trabalho assim como as relações sociais e profissionais desenvolvidas.⁽¹³⁾

Diante do exposto, verifica-se que o caráter subjetivo dos transtornos não psicóticos faz com que muitos profissionais sejam subdiagnosticados e não recebam o tratamento necessário quando da presença destes. Dessa maneira, torna-se importante investigar nessa população aqueles mais susceptíveis ao TMC e propor estratégias que visem promover uma melhor qualidade de vida e saúde aos mesmos.

CONCLUSÃO

Os resultados deste trabalho visa fomentar novas investigações sobre os fatores de riscos à saúde mental dos profissionais de enfermagem. Traz a importância de propor estratégias para promover a saúde dos trabalhadores de enfermagem, em especial àqueles com fatores de risco positivos ao TMC. Torna-se evidente que o investimento na promoção à saúde do trabalhador com medidas adequadas é capaz de garantir uma melhor qualidade de vida pessoal e profissional.

Recomenda-se então, a partir dos dados revelados neste estudo, que os profissionais de enfermagem sejam acolhidos, escutados e acompanhados, visando à integralidade no cuidado ao profissional. Evidencia-se também a importância de implementação de atividades que promovam momentos de descontração para os funcionários, no horário de trabalho com vistas a garantir um momento de escuta e relaxamento em meio às responsabilidades.

REFERÊNCIAS

1. Alves AP, Pedrosa LAK, Coimbra MAR, Miranzi MAS, Hass VJ. Prevalência de transtornos mentais comuns entre profissionais de saúde. Rev enferm UERJ [Internet]. 2015 [citado 2020 abr. 05];23(1):64-9. Disponível em: <https://doi.org/10.12957/reuerj.2015.8150>.
2. Carvalho DB, Araújo TM, Bernardes KO. Transtornos mentais comuns em trabalhadores da Atenção Básica à Saúde. Rev Bras Saúde Ocup [Internet]. 2016 [citado 2020 jun. 10];41:e17:01-17. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2317-6369000115915>.
3. Coutinho LMS, Matijasevich A, Scazufca M, Menezes PR. Transtornos mentais comuns e contexto social: análise multinível do São Paulo ageing and health study (SPAH). Cad Saúde Pública [Internet]. 2014 [citado 2020 abr. 05];30(9):1875-83. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00175313>.
4. Del Cura MLA, Rodrigues ARF. Satisfação profissional do enfermeiro. Rev Lat-am Enfermagem [Internet]. 1999 [citado 2020 mai. 02];7(4):21-8. Disponível em: <http://doi.org/10.1590/S0104-11691999000400004>.
5. Kantorski LP, Souza J, Willrich JQ, Mielke FB, Pinho LB. Saberes e estudos teóricos em enfermagem psiquiátrica e saúde mental. Rev Gaúcha Enferm. 2004 Dez; 25(3):408-19.
6. Santos KOB, Araújo TM, Oliveira NF. Estrutura fatorial e consistência interna do *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20) em população urbana. Cad Saúde Pública. 2009 Jan; 25(1): 214-22.
7. Sousa KHJF, Lopes DP, Tracera GMP, Abreu AMM, Portela LF, Zeitoune RCG. Transtornos mentais comuns entre trabalhadores de enfermagem de um hospital psiquiátrico. Acta Paul Enferm [Internet]. 2019 [citado 2020 abr. 12];32(1):1-10. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201900002>.
8. Silva AF, Robazzi MLCC, Dalri RCMB, Monteiro CAS, Mendes AMOC. Transtornos Mentais Comuns entre Trabalhadores de Equipe Multiprofissional de uma Unidade de Terapia Intensiva Brasileira. Rev Iberoam Educ Invest Enferm [Internet]. 2018 [citado 2020 mai. 20];8(1):36-46. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/322277606>
9. Rodrigues EP, Rodrigues US, Oliveira LMM, Laudano RCS, Sobrinho CLN. Prevalência de transtornos mentais comuns em trabalhadores de enfermagem em um hospital da Bahia. Rev Bras Enferm [Internet]. 2014 [citado 2020 abr. 10];67(2): 296-301. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/0034-7167.20140040>.
10. Pernambuco. Secretária Estadual de Saúde. [acesso 2020 abr. 02]. Disponível em: <http://portal.saude.pe.gov.br/unidades-de-saude-e-servicos/secretaria-executiva-de-atencao-saude/hospital-psiquiatricoulysses>.
11. Vidal CEL, Amara B, Ferreira DP, Dias IMF, Vilela LA, Franco LR. Preditores de prováveis transtornos mentais comuns (TMC) em prostitutas utilizando o *Self-Reporting Questionnaire*. J Bras Psiquiatr [Internet]. 2014 [citado 2020 mai. 15];63(3):205-12. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0047-2085000000027>.

12. Machado MH, Filho WA, Lacerda WF, Oliveira E, Lemos W, Wermelinger M, et al. Aspectos gerais da formação da enfermagem: o perfil da formação dos enfermeiros, técnicos e auxiliares. *Enferm Foco* [Internet]. 2016 [citado 2020 abr. 02];6(2/4):15-34. Disponível em: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2016.V7>.
13. Souza LPS, Barbosa BB, Silva CSO, Souza AG, Ferreira TN, Siqueira LG. Prevalência de transtornos mentais comuns em adultos no contexto da Atenção Primária à Saúde. *Rev Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* [Internet]. 2017 [citado 2020 mai. 17];(18):59-66. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0193>
14. Kasper LS, Schermann LB. Prevalência de transtornos mentais comuns e fatores associados em usuárias de um Centro de Referência de Assistência Social de Canoas/RS. *Aletheia* [Internet]. 2014 [citado 2020 abril 10];45:168-76. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141303942014000200013&lng=pt.
15. Senicato C, Azevedo RCS, Barros MBA. Transtorno mental comum em mulheres adultas: identificando os segmentos mais vulneráveis. *Rev Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2018 [citado 2020 mai. 15];23(8):2543-54. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018238.13652016>
16. Reinaldo MAS, Santos RL. Religião e transtornos mentais na perspectiva de profissionais de saúde, pacientes psiquiátricos e seus familiares. *Rev Saúde Debate* [Internet]. 2016 [citado 2020 jun. 05];40(110):162-71. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201611012>
17. Fernandes MA, Soares LMD, Silva JS. Transtornos mentais associados ao trabalho em profissionais de enfermagem: uma revisão integrativa brasileira. *Rev Bras Med Trabalho* [Internet]. 2018 [citado 2020 mai. 08];16(2):218-24. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5327/Z1679443520180228>
18. Silva AP, Carvalho ES, Cardim A. Trabalho noturno na vida dos enfermeiros. *Rev Enfer Contemporânea* [Internet]. 2017 [citado 2020 abr. 10];6(2):177-85. Disponível em: <http://orcid.org/0000-0002-5186-9481>.



ARTIGO DE REVISÃO

Reabilitação respiratória em pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica: Revisão integrativa

Respiratory rehabilitation in patients with chronic obstructive pulmonary disease: an integrative review

Juliana Maria de Freitas¹, BLyrlanda Maria Cavalcante de Almeida².

1. Fisioterapeuta, residente em urgência e emergência-UNINTA. Sobral.CE. 2. Enfermeira, residente em urgência e emergência- UNINTA. Sobral.CE

Autora**Correspondente**

Juliana Maria de Freitas. E-mail: julianafhz@gmail.com

Não declarados conflitos de interesse

Abstract

Objective: To identify the main breathing techniques and treatment goals used in patients with COPD. **Methods:** This research is a systematic literature review where data collection was carried out in the period from April to June 2020 in the SciELO, Medline and LILACS databases. The selected studies were assessed for quality using the PEDro scale. **Results:** Physiotherapy consists of several treatment modalities that are considered essential in the rehabilitation program. Selection of treatment modalities is based on individual causes of exercise limitation and therefore individual treatment goals. **Conclusion:** It is necessary a constant treatment with a multidisciplinary team, for the complete treatment with these patients. Physical therapy helps these patients to improve their daily life, as they lose their quality of life, they need treatment to limit the progression of the disease. **Descriptors:** COPD. Physiotherapy. Rehabilitation.

Resumo

Objetivo: Identificar as principais técnicas respiratórias e os objetivos do tratamento utilizado em pacientes com DPOC. **Métodos:** A presente pesquisa trata-se de uma revisão sistemática da literatura onde a coleta de dados foi realizada no período que compreende abril a junho de 2020 nas bases de dados SciELO, Medline e LILACS. Os estudos selecionados foram avaliados quanto à qualidade através da escala PEDro. **Resultados:** A Fisioterapia consiste em várias modalidades de tratamento que são consideradas primordiais no programa de reabilitação. A seleção de modalidades de tratamento é baseada nas causas individuais de limitação ao exercício e, portanto, nos objetivos individuais de tratamento. **Conclusão:** Torna-se necessário um tratamento constante com uma equipe multidisciplinar, para o tratamento completo com esses pacientes. A fisioterapia ajuda esses pacientes a melhorar a sua vida diária, por perderem a sua qualidade de vida necessitam do tratamento para limitar a evolução da doença. **Descritores:** DPOC. Fisioterapia. Reabilitação.

INTRODUÇÃO

A doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) é um problema considerado grave em termos de saúde pública, estando entre as principais causas de morbidade e mortalidade no mundo. Em 2002, ocupava o quinto lugar no ranking mundial das principais causas de morte, sendo que as estimativas indicam que em 2030 esteja na terceira posição¹.

A principal causa de agudização da DPOC são as exacerbações decorrentes de uma amplificação da resposta inflamatória em função de infecções respiratórias desencadeadas por vírus, bactérias, ou ainda por poluentes ambientais². O processo inflamatório crônico causa obstrução brônquica não totalmente reversível e se manifesta por meio de diversos sintomas, entre os quais se destacam a dispneia e a limitação da capacidade em realizar atividades físicas. A inflamação crônica pode gerar bronquite crônica, bronquiolite e enfisema pulmonar, bem como alterações sistêmicas importantes³.

O enfisema se caracteriza pela destruição e alargamento dos bronquíolos terminais e alvéolos, que perdem sua elasticidade e favorecem o aprisionamento do ar dentro dos pulmões. No enfisema notamos uma hiperinsuflação mantida dos pulmões devido ao ar que nunca sai por completo⁴. O tabagismo é um fator de risco para seis das oito principais causas de morte no mundo. E cerca de 85% a 90% de todas as mortes por DPOC são atribuídas ao tabagismo, e estudos mostram evidências suficientes para se chegar à conclusão que existe uma relação causal entre tabagismo e morbidade e mortalidade por DPOC^{5,1}.

A exposição ocupacional a poluentes e a poluição ambiental também constituem fatores de risco, mas só representam 10 a 15% dos casos registrados. O tabagismo leva a DPOC pelo desequilíbrio dos sistemas enzimáticos e dos sistemas de proteases e antiproteases e pela limitação ao fluxo aéreo⁶. O tratamento terapêutico da DPOC tem como base o grau de gravidade da doença, o qual é classificado conforme diagnóstico. A espirometria, juntamente com a radiografia do tórax e avaliação do histórico clínico do paciente. Compõem os meios de diagnósticos para a doença e classificação de estágio de gravidade^{4,2}. A Fisioterapia consiste em várias modalidades de tratamento que são consideradas primordiais no programa de reabilitação. A seleção de modalidades de tratamento é baseada nas causas individuais de limitação ao exercício e, portanto, nos objetivos individuais do tratamento⁷.

Para traçar um plano de tratamento, é necessária uma avaliação fisioterápica inicial, colhendo dados dos pacientes e de sua rotina detalhadamente e de um exame físico minucioso. A avaliação respiratória inclui a verificação dos sinais vitais, oximetria de pulso, ausculta pulmonar, análises dos movimentos torácicos, uso de musculatura acessória, presença de edema periférico, presença de tosse e escarro e habilidade de falar uma frase completa sem precisar interromper para respirar. O paciente também deve ser avaliado quanto a presença de outras doenças cardiovasculares, depressão, ansiedade, perda de peso, osteoporose, fraqueza e disfunção muscular⁸.

Deste modo, com progressão da doença ocorre uma piora da sintomatologia e da qualidade de vida do indivíduo, ocasionando limitação progressiva das atividades profissionais e de vida diária. Essa limitação pode tornar-se um ciclo vicioso e evoluir até a dependência funcional do indivíduo, alterando sua vida social, econômica e emocional⁵. A seguinte pesquisa tem como objetivo de identificar as principais técnicas respiratórias e os objetivos do tratamento utilizado em pacientes com DPOC.

METODOLOGIA

A presente pesquisa trata-se de uma revisão sistemática da literatura com abordagem qualitativa. A coleta de dados foi realizada no período que compreende abril a junho de 2020, na base de dados Scientific Electronic Library Online (SciELO), Medline e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), baseando-se nos seguintes descritores em Ciências da Saúde (DeCS): DPOC, fisioterapia e reabilitação. Essa etapa da construção de conhecimento se dá a partir da busca por obras que possam ser utilizadas na elaboração de um estudo, sendo ainda a utilização de palavras-chaves identificadas para essa procura⁹.

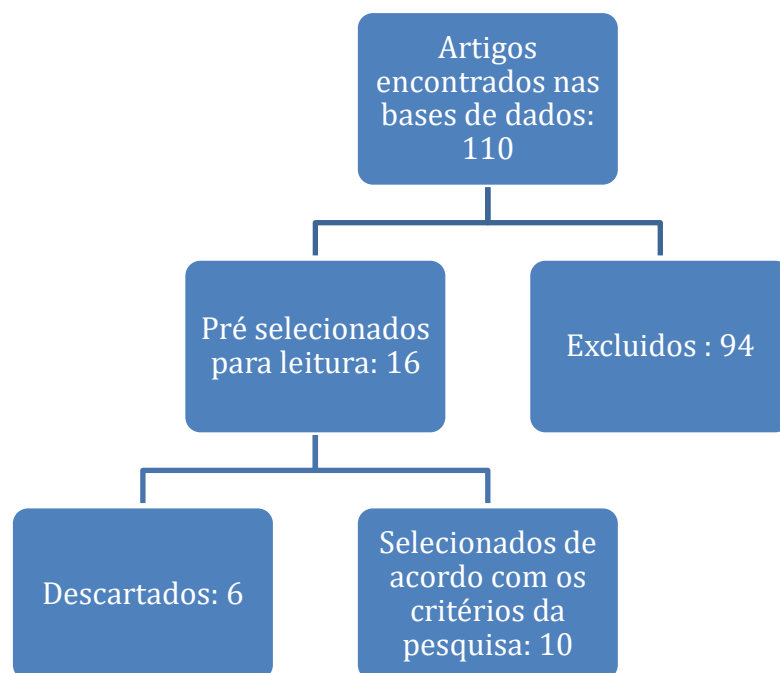
Foram utilizados como critérios de inclusão, artigos em Português e Inglês, artigos do ano de 2010 a 2020, artigos disponíveis na íntegra, acessíveis e em sites confiáveis e gratuitos. Como critérios de exclusão foram descartados teses e dissertações, artigos incompletos e resumos publicados em anais de eventos. Para a análise dos dados obtidos foi usado o método descritivo que visa a identificação, registro e análise das características, fatores ou variáveis que se relacionam com o fenômeno ou processo. Assim o pesquisador estuda os fenômenos do mundo físico e humano, mas não os manipula¹⁰.

Para a avaliação dos estudos, foram realizadas leituras exaustivas dos artigos na íntegra, realizado fichamentos destacando os pontos mais relevantes para a construção da pesquisa e em seguida uma síntese dos resultados e das recomendações/conclusões a que chegaram cada estudo.

Em seguida, foi utilizado a escala PEDro para avaliar a qualidade metodológica dos artigos selecionados para esta revisão. A pontuação varia de 0 a 10, com base em 11 critérios (Especificação dos critérios de inclusão, alocação aleatória, sigilo na alocação, similaridade entre grupos no pré-tratamento, sujeitos cegos, terapeutas cegos, examinadores cegos, follow-up de pelo menos 85% dos participantes, análise da intenção de tratar, comparações estatísticas entre os grupos e relato das medidas de variabilidade e estimativa dos parâmetros de pelo menos uma variável primária).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Inicialmente os seguintes artigos foram identificados: SciELO (n= 19, Medline (n =61); LILACS (n=30) totalizando 110 artigos. Destes artigos, 16 foram pré-selecionados através da leitura dos títulos e resumos, considerando os critérios de inclusão e exclusão estabelecidos na metodologia, porém, após a análise na íntegra 10 artigos foram selecionados para a pesquisa.

Figura 1: Fluxograma da seleção de artigos

Fonte: Elaboração própria (2020).

O Programa de Reabilitação Pulmonar (PRP) é um programa multidisciplinar, extremamente abrangente, direcionado à pacientes com doenças pulmonares crônicas como a DPOC. Esse programa objetiva reestabelecer e melhorar o condicionamento físico do portador de DPOC, uma vez que, o mesmo, apresenta-se menos ativo, portanto perde ou reduz sua capacidade física e força muscular¹¹.

Os objetivos individuais de tratamento são formulados em consulta com o paciente, e o plano de tratamento é elaborado, através de análise por intermédio de uma investigação oral e exames complementares. O objetivo geral do tratamento é reduzir ou eliminar os comprometimentos da função corporal do paciente e melhorar atividades e participação, melhorando, assim, a qualidade de vida. Os objetivos mais comuns para intervenção fisioterápica são: reduzir a dispneia; melhorar a capacidade de exercício e atividade física; melhorar a higiene brônquica; melhorar conhecimento, autocuidado e autoeficácia⁸.

A Fisioterapia consiste em várias modalidades de tratamento que são consideradas primordiais no programa de reabilitação. A seleção de modalidades de tratamento é baseada nas causas individuais de limitação ao exercício e, portanto, nos objetivos individuais de tratamento. A utilização de componentes adicionais durante o treinamento de exercício, tais como oxigenoterapia, exercícios respiratórios, cinesioterapia e aconselhamento podem também ser considerados, baseados na avaliação das limitações ao exercício¹².

A fisioterapia aplica uma variedade de métodos para melhora da depuração mucociliar. Pacientes são ensinados a usarem técnicas de higiene brônquica que os capacitem a desobstruir efetivamente suas vias aéreas. A atividade física melhora a depuração mucociliar. Técnicas de expiração forçada (huffing e tosse) são efetivas e podem ser usadas independentemente pelos pacientes. Autocuidado apropriado parece ser importante para se alcançarem benefícios potenciais duradouros¹³.

Alguns pacientes com DPOC apresentam retenção de secreção e não conseguem expectorar efetivamente de maneira independente. O fisioterapeuta deve escolher a técnica mais apropriada, ou uma combinação de técnicas, baseado na observação de problemas, tais como, ausência de força expiratória e colapso traqueobrônquico¹⁴.

Outras técnicas estão disponíveis para condições específicas do paciente: drenagem postural (para retenção local de grande quantidade de secreção), pressão positiva expiratória (para bronquiectasia), insufflator/exsufflator e vibração manual ou mecânica (para pacientes incapazes de cooperarem com o tratamento ativamente). Pacientes com depuração mucociliar prejudicada devem ser estimulados a participar em atividades físicas e exercícios para melhorar o transporte de secreção¹⁵.

Se a tosse ou o huffing não resultam em expectoração de secreção, pode-se promover o transporte de secreção usando técnicas de expiração forçada em combinação com drenagem postural ou vibrocompressão torácica manual. A drenagem postural pode ser uma intervenção adicional quando grandes quantidades de secreção são retidas. A vibrocompressão manual durante a tosse ou huffing pode ser considerada em pacientes com DPOC que apresentem fraqueza muscular expiratória¹⁶.

Embora o uso da drenagem postural, percussão torácica, vibrocompressão e pressão expiratória positiva não seja totalmente apoiado pela literatura, várias combinações dessas técnicas podem ser efetivas em pacientes individualmente. Caso esses procedimentos não se provem eficazes após 6 sessões, a continuidade dos mesmos perde seu valor. Procedimentos efetivos para a depuração mucociliar devem levar à expectoração de secreção ou a uma melhora da ausculta pulmonar. O objetivo do tratamento terá sido atingido quando o paciente for capaz de realizar a higiene brônquica sozinho¹⁷.

Pacientes com DPOC com retenção de secreção devem ser ensinados a respeito de técnicas apropriadas para remover secreções adequadamente. É tarefa do fisioterapeuta selecionar a técnica adequada ou a combinação de técnicas, baseando-se na observação clínica, como na ausência de força expiratória e no colapso traqueobrônquico. Pacientes devem ser ensinados e encorajados a usar estas técnicas sem supervisão. Compressão manual da caixa torácica de abdome. A compressão manual durante a tosse ou huffing pode ser considerada para pacientes com fraqueza muscular expiratória¹⁸.

Além de comprometimentos cardiopulmonares, a DPOC acarreta outros sérios problemas como, isolamento social, ansiedade, dependência e depressão, afetando diretamente a qualidade de vida do indivíduo, influenciando negativamente a vida em todos os aspectos, levando a saúde física, mental e social a declínio progressivo¹⁹.

Embora alguns estudos sugiram que os efeitos benéficos persistam mais com programas longos (com duração maior que 12 semanas), programas mais curtos (4 a 7 semanas) também resultaram em benefícios clinicamente relevantes. Dessa forma, não é possível atualmente recomendar uma duração ideal de um programa de exercícios físicos. Para se determinar a duração apropriada de programas de reabilitação, as características do paciente, objetivos individuais de tratamento e o custo-benefício devem ser levados em consideração. O programa deve ser supervisionado parcialmente ou totalmente para garantir os benefícios e eficácia do programa²⁰.

Pacientes com DPOC que seguem um plano de reabilitação cardiopulmonar tendem a melhorar a sua capacidade respiratória, aliviar os sintomas, e ter uma melhor qualidade de vida. Um plano de exercícios terapêuticos específico para cada condição deverá ser executado durante pelo menos 20-30 minutos, 4-5

vezes por semana. Se for capaz, uma caminhada diária de 10-15 minutos é um bom começo e um bom complemento aos exercícios específicos^{4,18}.

Em algum momento durante o tratamento e definitivamente ao final do tratamento, é importante informar o médico que encaminhou o paciente sobre os objetivos do tratamento, o tratamento realizado e os resultados obtidos no paciente individual. As evidências disponíveis apoiam a recomendação para organização de seguimento para pacientes ao término do programa de reabilitação e atenção durante e após períodos de exacerbação aguda. Essas exacerbações agudas parecem ser pontos gatilho importantes para inatividade e resultam em descondicionamento físico nesses pacientes²¹.

O objetivo do cuidado a longo prazo é certificar-se de que os benefícios da terapia sejam mantidos. Pacientes que recebem cuidado a longo prazo em grupo podem desenvolver benefícios adicionais do contato com seus pares. Programas de acompanhamento a longo prazo podem envolver a participação, individualmente ou em grupo, em atividades físicas específicas, esportes, e atividades de lazer. O contato com colegas tem um papel importante na manutenção do comportamento de atividade física recentemente aprendido¹².

CONCLUSÃO

Torna-se necessário um tratamento constante com uma equipe multidisciplinar, para o tratamento completo com esses pacientes. A fisioterapia ajuda esses pacientes a melhorar a sua vida diária, por perderem a sua qualidade de vida necessitam do tratamento para limitar a evolução da doença.

Através da pesquisa percebeu-se que são amplas as técnicas de intervenção fisioterapêutica. As de higiene brônquica são usadas para obstruir suas vias aéreas, tornando mais independentes, os exercícios respiratórios contribuem para melhorar a respiração e fortalecimento da musculatura respiratória, sendo uma forma de tratamento que contribuem para a melhora do paciente, garantindo mais qualidade de vida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Barbosa, A. et al. Fatores associados à Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica em idosos. *Ciência e saúde coletiva*. Rio de Janeiro, v. 22, n.1.2017.
2. Menezes, A. et al. Tratamento Farmacológico da DPOC. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*. V. 37, 2011.
3. Cukier, A. et al. II Consenso Brasileiro sobre Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*. v.30, novembro, 2004.
4. Ike, D. et al. Efeitos do exercício resistido de membros interiores na força muscular periférica e na capacidade funcional do paciente com DPOC. *Fisioterapia em movimento*. V. 23, n. 3. 2016.
5. Miller MR, Mark L Levy ML. Chronic obstructive pulmonary disease: missed diagnosis versus misdiagnosis. *BMJ*. 2015; 351.

6. Laizo, A. Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica. *Revista Portuguesa de Pneumologia*. v. 15, n. 6. 2009.
7. Troosters T, Demeyer H, Hornikx M, Camillo CA, Janssens W. Pulmonary rehabilitation. *Clin Chest Med*. 2014;35(1):2419. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ccm.2013.10.006>.
8. Halldin CN, Doney BC, Hnizdo E. Changes in prevalence of chronic obstructive pulmonary disease and asthma in the US population and associated risk factors. *Chron Respir Dis* 2015; 12(1).
9. Langer, D. et al. Guia para prática clínica: Fisioterapia em pacientes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC). *Rev. Brasileira de Fisioterapia*, São Carlos, v.13, n.3.2019.
10. Posada, W. et al. Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica: uma revisão sobre os efeitos da educação de pacientes. *Rev de ciências farmacêuticas básica e aplicada*. Abril, 2014.
11. Teixeira, P.; Viana, R. Intervenção da Fisioterapia na exacerbação da DPOC: Uma revisão sistemática. *Revista da Faculdade de Ciências da Saúde*, nº 7. 2010.
12. Wedzicha JA, Calverley PMA, Albert RK, Anzueto A, Criner GJ, Hurst J, et al. Prevention of COPD exacerbations: a European Respiratory Society/American Thoracic Society guideline. *Eur Respir J*. 2017;50(3):1602265. <http://dx.doi.org/10.1183/13993003.02265-2016>
13. Baptista, A. Tratamento Farmacológico da DPOC. *J. Brasileiro. Pneumologia*, v.11. n 4. 2011.
14. Riberto, M. Core sets da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 64, n. 5, p. 938-946, 2011.
15. Moore E, Newson R, Joshi M, Palmer T, Rothnie KJ, Singh S, et al. Effects of pulmonary rehabilitation on exacerbation number and severity in people with COPD: an historical cohort study using electronic health records. *Chest*. 2017;152(6):1188-202. <http://dx.doi.org/10.1016/j.chest.2017.05.006>.
16. Perovano, D.G. Manual de Metodologia Científica para segurança pública e defesa social. 1ª edição. Jurua. P. 230. 2014
17. Jenkins A, Gibbons L, Holden N, Jones AW. Responses of exacerbation phenotypes of COPD to community pulmonary rehabilitation. *Thorax*. 2018;73:155.
18. Sousa, C, A. Doença pulmonar obstrutiva crônica e fatores associados em São Paulo. *Revista de Saúde Pública*. São Paulo, v. 45, n. 5. 2011.
19. GOLD: Global Initiative for Chronic Obstructive Pulmonary Disease. Global Strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. Fontana: GOLD; 2020
20. José BP, Camarmos PA, Cruz Filho AA, Correa RA. Diagnostic accuracy of respiratory diseases in primary health units. *Rev Assoc Med Bras* 2014; 60(6):599-612.
21. Bohn, Júnior Ivo, et al. Influência da reabilitação pulmonar no paciente com Doença Pulmonar

Obstrutiva Crônica fenótipo exacerbador. J. bras. pneumol. [Internet]. 2020 [cited 2021 Apr 18] ; 46(6): e20190309. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132020000600202&lng=en. Epub July 15, 2020. <http://dx.doi.org/10.36416/1806-3756/e20190309>.