

Tramitação Editorial:

Data de submissão (recebimento):
01/01/2020.

Data de reformulação: 10/02/2020

Data de aceitação (expedição de carta de aceite): 01/03/2020

Data de disponibilização no site (publicação): 20/03/2020

DOI: <http://doi.org/10.5281/zenodo.4292286>
Publicado: 2020-03-20

ASSISTÊNCIA DA ENFERMAGEM RELACIONADA AO CÂNCER UTERINO
Nursing Assistance Related to Uterine Cancer

Simone Aparecida Noronha de Souza¹
Giancarlo Rodrigues Souto²
Me. Walquiria Lene dos Santos³

Resumo

O câncer de colo de útero é a terceira causa que mais traz mortalidade para as mulheres, uma vez que invadindo os tecidos adjacentes atinge de forma impulsiva determinado conjunto de células. O artigo teve como objetivo geral: Descrever o papel do enfermeiro para a prevenção do câncer do colo uterino e como objetivos específicos: Apontar as causas que aumentam o ímpeto para o câncer de colo uterino em mulheres com vida sexual ativa; Mostrar a importância do desempenho do enfermeiro na prevenção do câncer de colo uterino; Detectar a necessidade do diagnóstico precoce. O presente artigo baseou-se em pesquisas bibliográficas e em periódicos eletrônicos, tendo em seu desenvolvimento os critérios de inclusão disponíveis nas plataformas da Scielo e LILACS dos anos de 2011 a 2019. O carcinoma de útero é considerado a terceira causa da mortalidade feminina brasileira, apesar de ser uma das prioridades na Política Nacional Oncológica, ainda é notória a não eficácia dos programas preventivos, algumas vezes pela ineficiência do tratamento adequado, outras vezes porque apesar do aumento do exame

¹ Pós-graduação em Saúde Mental; Docência do Ensino Superior; Metodologias Ativas e Educação à Distância. Bacharel em Enfermagem e Coordenadora de Estágios da FACESA

² Pós-graduação em Saúde mental; Gerontologia; Urgência e Emergência e Docência do Ensino Superior. Bacharel em Enfermagem. Professor Titular do Departamento de Enfermagem da Faculdade Juscelino Kubitschek – JK. Professor Titular do Departamento de Enfermagem da Faculdade FALOG.

³ Mestre em Enfermagem. Docente na Faculdade de Ciências e Educação Sena Aires

Papanicolau, as mulheres não dão continuidade ao tratamento, aumento os índices de morte entre as mulheres. Observou-se que o câncer colo uterino é de fato uma neoplasia maligna e sua evolução ocorre de forma lenta ou progressiva. Embora o governo tenha investido em programas de prevenção, ainda contamos com alto índice na população feminina com carcinoma de útero. É uma das maiores causas de mortalidade feminina no Brasil.

Palavras chave: Câncer Uterino. Assistência. Enfermagem.

Abstract

Cervical cancer is the third leading cause of mortality for women, since invading the adjacent tissues impulsively affects a specific set of cells. The objective of the article was to: Describe the role of nurses in cervical cancer prevention and its specific objectives: To identify the causes that increase the impetus for cervical cancer in women with active sexual life; To show the importance of nurses' performance in the precaution of cervical cancer; Detect the need for early diagnosis. This article was based on bibliographic research and electronic journals, with the inclusion criteria available in the SciELO and LILACS platforms from 2011 to 2019. Cervical carcinoma is considered the third cause of Brazilian female mortality, although it is one of the priorities in the National Cancer Policy, the non-effectiveness of preventive programs is still notorious, sometimes due to the inefficiency of adequate treatment, other times because despite the increase in Pap smear, women do not continue treatment, of death among women. It has been observed that cervical cancer is in fact a malignant neoplasm and its evolution occurs slowly or progressively. Although the government has invested in prevention programs, we still have a high rate in the female population with carcinoma of the uterus. It is one of the major causes of female mortality in Brazil.

Keywords: Cervical Cancer. Diagnosis. Treatment. Mortality

Introdução

Segundo o Ministério da Saúde (2011) o câncer de colo de útero é a terceira causa que mais traz mortalidade para as mulheres, uma vez que invadindo os tecidos adjacentes atinge de forma impulsiva determinado conjunto de células. Existem ainda, vários fatores que contribuem para o alargamento do Câncer Cérvico-Uterino, tais como: relação sexual precoce, menstruação precoce ou tardia, relação com vários parceiros, HPV, condição socioeconômica baixa, infecção genital, entre outros. O câncer cervical é ocasionado pela infecção constante por determinados sujeitos presentes no Papilomavírus Humano – HPV - chamados de tipos oncogênicos (BRASIL, 2011).

De acordo com Costa et al 2017, no Brasil, o câncer do colo uterino apresenta-se como um problema de saúde pública e é uma doença grave que evolui lentamente provocando altas nos novos casos principalmente em mulheres pertencentes às classes menos favorecidas em relação às condições sociais e econômicas, o mesmo é detectado o que pode leva-las à morte em certo no período produtivo de no momento em que a mulher é considerada mão de obra ativa causando impacto no planejamento e orçamento da vida. 16.340 casos de Câncer Uterino foram detectados no ano de 2016 no Brasil, sendo que a estimativa seria de 15,85 a cada 100 mil.

O câncer de útero pode ser prevenido e curado, desde que seu diagnóstico seja feito no início da doença, tal neoplasia começa de forma predecessora, podendo ou não evoluir ao longo de uma década. É notório que se o governo investir em programas implementares haverá redução da mortalidade por câncer de colo de útero, pois ainda há muitas mulheres que não fazem o exame preventivo e não procuram os postos de saúde, algumas por timidez, outras por falta de informação, o fato é que é uma doença grave e vem aumentando gradativamente, fator que acarreta prejuízo financeiro e social para um país em desenvolvimento (INCA, 2011).

Com base no exposto, compreende-se então, que o enfermeiro é peça fundamental para detectar o câncer de colo de útero em seu período inicial, orientando as mulheres a buscarem tratamento, por meio de sua atuação nos grupos de prevenção de doenças. Se tratando da prevenção de Colo de Útero, os trabalhos prestados pelos enfermeiros ainda são insuficientes, mediante a grande relevância de uma prevenção de excelência, entretanto, é necessário um investimento nos programas de prevenção por parte do Ministério da Saúde (INCA, 2011).

É de fundamental relevância o trabalho do enfermeiro no que se refere à promoção, prevenção e reabilitação do CCU através de palestras educativas, enfatizando os fatores que colaboram para a problemática, ações preventivas que contribuam para sanar as dúvidas das mulheres envolvidas, consultas de enfermagem, exames e materiais específicos, busca ativa, rastreamento e regulação correta, ações de prevenção primária, secundária e terciária, diminuindo assim os preconceitos, informações erradas e sobretudo evitar que essa enfermidade aumente os casos. (Costa, et al 2017).

Este estudo teve como objetivo geral: Descrever o papel do enfermeiro para a prevenção do câncer do colo uterino e como objetivos específicos: Apontar os fatores de risco para o câncer de colo de útero em mulheres com vida sexual ativa; Demonstrar a importância do desempenho do enfermeiro na prevenção do câncer de colo útero e Detectar a necessidade do diagnóstico precoce.

Materiais e Métodos

O presente artigo baseou-se em pesquisas bibliográficas e em periódicos eletrônicos, tendo em seu desenvolvimento os critérios de inclusão disponíveis nas plataformas da *Scielo* e *LILACS* dos anos de 2011 a 2019.

A pesquisa bibliográfica “discute a ascensão de aglomerada literatura já divulgada em forma de livros, revistas, publicações avulsas e documentos impressos”. Sua intenção é pôr o estudante em frequência com tudo àquilo que foi documentado a respeito de algum tema. (MARCONI; LAKATOS, 2011).

Baseados nas falas de Marconi e Lakatos (2011) construiu-se a presente pesquisa no decorrer do ano de 2019. Antes do registro deste artigo houve leitura preliminar da bibliografia, selecionando o material após uma leitura minuciosa, momento em que o referido artigo foi escrito.

Foi um período de busca livre, utilizando ainda, documentos do Instituto Nacional do Câncer – INCA, referência em dados sobre o câncer no Brasil.

A pesquisa obedeceu os preceitos éticos relacionados à Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, sendo criteriosamente obedecidos.

Resultados

O carcinoma de útero é considerado a terceira causa da mortalidade feminina brasileira, apesar de ser uma das prioridades na Política Nacional Oncológica, ainda

é notória a não eficácia dos programas preventivos, algumas vezes pela ineficiência do tratamento adequado, outras vezes porque apesar do aumento do exame Papanicolau, as mulheres não dão continuidade ao tratamento, aumento os índices de morte entre as mulheres. O Data SUS nos mostra que no Estado de Goiás são realizados cerca de 22.633 anualmente, e nos aponta que o número de mulheres que fazer o exame Papanicolau vem reduzindo, comparado aos anos anteriores, o estado com menor índice foi Santa Catarina, enquanto o maior foi no Acre. Observa-se a necessidade de capacitação continuada dos enfermeiros, para que assim haja reversão do aumento dos índices do Câncer de Colo de Útero e a garantia das ações preventivas quanto esta neoplasia (SIAB, 2019).

Segundo Brasil (2011), dentre os fatores de risco citam-se que todas as mulheres são consideradas com risco para desenvolver o câncer de colo de útero, sendo que existe um perfil mais vulnerável ao mesmo, porém, o principal risco é o HPV (papiloma vírus humano). A contaminação do HPV ocorre por meio da relação sexual e tem grande influencia no incremento do câncer de útero e lesões que o antecipam, portanto, o uso de preservativo é visto como a primeira forma de prevenção desta neoplasia.

Têm diferentes motivos que ampliam o risco, dentre eles: início das atividades sexuais muito cedo; menstruação precoce ou tardia; muitos companheiros na relação; Cúmplice com múltiplos no sexo; Uso de cigarros; Situação financeira ruim; Contaminação genital com propagação (SILVA, 2013). O diagnóstico prévio do câncer é uma tática para descobrir um tumor numa etapa primitiva e, permite liberar maior oportunidade de cura, acontece por intermédio de averiguação com análises clínicas, laboratoriais ou radiológicas, de cidadãos com indícios e presságios alusivos da enfermidade (diagnóstico precoce), ou utilizando apreciações cíclicas em casos sem indícios ou presságios (rastreamento), porém que fazem parte da população de risco (INCA, 2018).

Observa-se então, que o autocuidado precisa ser incentivado às mulheres em seus lares, uma vez que a identificação precoce e tratamento adequado tarda a progressão para o invasivo câncer cervical. Segundo MELO (2012) a infecção, quando persistente, causa um subtipo viral oncogênico, levando o desenvolvimento de lesões intraepiteliais escamosas de alto grau. Pode-se prevenir o câncer adquirindo uma boa qualidade de vida, praticando exercícios físicos, controlando o peso, evitando o stress, evitando bebidas alcoólicas e tabagismo e fazendo consultas regularmente (ARAÚJO, 2012).

Dentre os Atos do Enfermeiro na Prevenção do Carcinoma de Útero cita-se que o mesmo desempenha uma função de suma seriedade na prevenção do carcinoma de útero, sendo que está ligado no procedimento através de suas atribuições dentre elas: esboçar as ações de assistência de enfermagem no decorrer da vida do doente; supervisionar a assistência de enfermagem, especialmente os atos de defesa, organização de material, colheita de material para análises clínicas, entre outros. O enfermeiro é o profissional indicado para atuar juntamente com a equipe multiprofissional, orientando nas ações de planejamento, execução, avaliação, controle e supervisão relacionados às atividades educativas na área da saúde, ofertando orientação à população (BRASIL, 2011).

É válido ressaltar, que o enfermeiro precisa trabalhar a importância dos exames preventivos, o que levará a redução da taxa da referida neoplasia. Recomenda-se o exame Papanicolau a cada três anos, depois de dois normais consecutivos, dando intervalo de 01 ano. Torna-se necessário, por parte da

enfermagem, o incentivo ao autocuidado nas mulheres, enfatizando a importância da prevenção (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

O enfermeiro tem a missão de trazer confiança às mulheres que procuram o posto de saúde, para que as mesmas se sintam acolhidas e incentivem as outras a procurarem o autocuidado, pois a Resolução 272/2002 do COFEN garante que o enfermeiro tem autonomia para indicar cuidados no durante a consulta. Dessa forma, haverá a diminuição de ocorrências de câncer de útero (FERREIRA, 2011).

Segundo o (NANDA-I, 2018) o diagnóstico de enfermagem compõe o embasamento para escolha de intervenções de enfermagem para obtenção de resultados que são de responsabilidade dos enfermeiros, descrevendo os processos de forma sequencial, portanto, o enfermeiro emprega as etapas num movimento vem x vai. Empregando a terminologia da NANDA-I (os próprios diagnósticos), os enfermeiros alcançam a comunicação entre si e com profissionais de outras áreas da saúde, tornando a enfermagem excêntrica. A maneira de interação da enfermagem com pacientes e família facilita a compreensão dos assuntos, focos da enfermagem, causando envolvimento nos cuidados próprios. A terminologia acomoda uma dicção de fácil entendimento para os enfermeiros aproximar-se os problemas de saúde, os riscos e a acondicionamento da saúde (NANDA-I, 2018).

Quando ocorrem falhas por parte da equipe de saúde, não acontece o retorno da mulher, ou até mesmo a não aderência ao processo de prevenção, portanto é necessário que o enfermeiro exerça um atendimento de qualidade. Ainda existem muitas pessoas que desconhecem a importância da prevenção, e profissionais que não se envolvem neste processo, às vezes por falta de recursos advindos do governo, ou até mesmo, por soluções demoradas (HACKENECAR, 2011).

Na maioria das vezes, os profissionais da saúde desconhecem a doença que vem sendo citada no decorrer do trabalho, o que acarreta o não funcionamento do sistema, entretanto, o profissional responsável pela unidade necessita de conhecimento para que possa orientar aos colegas e também à comunidade, para que assim, tenhamos resultados positivos. Torna-se necessário planejamento, capacitação e educação continuada por parte da equipe de enfermeiros e dos agentes de saúde, tendendo um bom entrosamento e amenizando os problemas (ROMAM, 2014).

É importante que o enfermeiro faça anotações no registro do paciente, tanto em formulários, quanto no sistema, para que assim haja detecção e precaução decorrente do carcinoma de útero, visando afeiçãoarem-se as mulheres que não comparecem à coleta do exame e ainda as que abdicaram o tratamento (VIANA 2013).

Torna-se necessário a orientação dos enfermeiros aos agentes, enfatizando a necessidade de encontrar as mulheres que por alguma razão abandonaram o tratamento, proporcionando à elas uma nova chance de tratar-se. Dessa forma, será esclarecida a importância da prevenção da patologia, transmitindo conforto e confiança a população feminina. Ocorrido o esclarecimento, haverá entendimento por parte da população da precisão da prevenção, melhorando assim, a qualidade de vida feminina e alargando a coragem e a atenção do enfermeiro (NASCIMENTO, 2012).

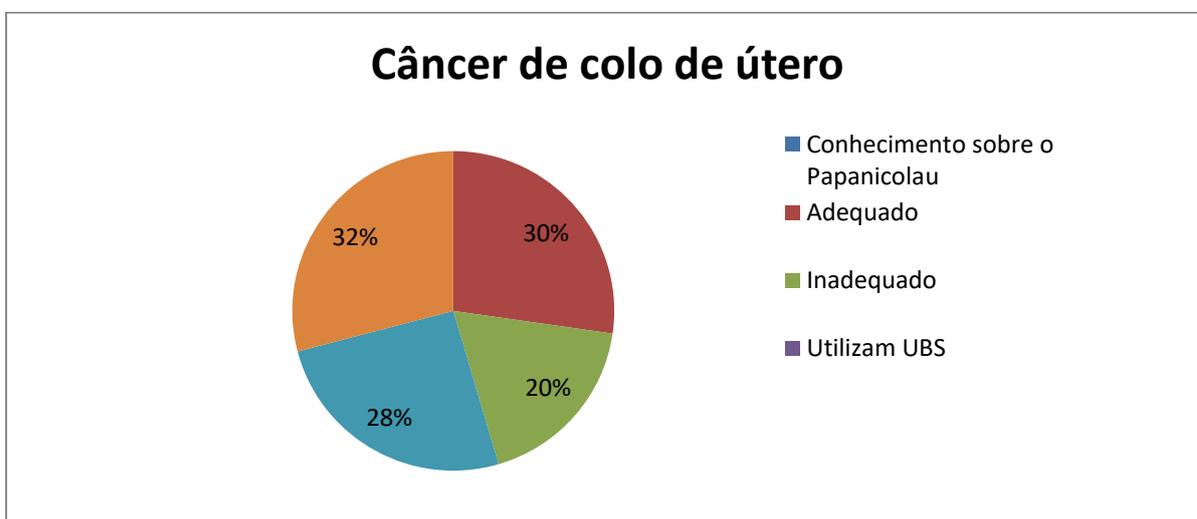
Discussão

Embora tenhamos visto por meio dos estudos o investimento por parte do governo na precaução do carcinoma de útero, na prática nos deparamos com um

grande índice da doença. Convivemos com mulheres com baixa renda, desinformadas, com pouco estudo, que não fazem uso de preservativo e iniciam a vida sexual ativa muito cedo, conseqüentemente são mães ainda adolescentes, o que leva a não realização dos exames preventivos, e a possível contaminação pelo vírus HPV.

Em pleno século XXI, no qual qualquer pessoa tem acesso às redes sociais, e estão constantemente conectadas, ainda estamos longe de uma sociedade justa e igualitária, a educação formal faz toda diferença na vida de um ser humano. Uma pessoa instruída tende a buscar cada vez mais informações e compartilha-la, enquanto uma pessoa com pouca instrução se contenta com o que lhe convém. Segue abaixo o resultado de um questionário semiestruturado realizado com 50 mulheres com idade entre 23 e 64 anos de acordo com o INCA.

Gráfico 01: Amostra de dados referente ao conhecimento sobre o câncer de colo de útero.



Fonte: (INCA, 2019.)

Conclusão

Observou-se que o câncer colo uterino é de fato uma neoplasia maligna e sua evolução ocorre de forma lenta ou progressiva. Embora o governo tenha investido em programas de prevenção, ainda contamos com alto índice na população feminina com carcinoma de útero. É uma das maiores causas de mortalidade feminina no Brasil.

Notou-se por meio dos estudos que as causas de ímpeto jazem ao estilo de vida e também a situação econômica da população. A doença é determinada pela variedade de parceiros com relação sexual sem proteção, além da iniciação precoce da vida sexual. Embora muitas mulheres utilizasse método de contracepção oral, as mesmas não se preocupam em utilizar preservativos, o que resulta em risco de contração do vírus HPV, principal responsável pelo câncer de colo de útero.

Compreendeu-se que a precaução do carcinoma de útero precisa ser feita por intermédio de atitudes educativas apontando orientações sobre o desenvolvimento da doença e a necessidade da utilização de forma correta do preservativo e do autocuidado, além da necessidade do exame Papanicolau.

Baseando-se nas pesquisas, atinou-se a estimativa do enfermeiro na educação para a saúde, por meio da conscientização das mulheres sobre a

importância do trabalho de prevenção, mantendo-as informadas, sanando as dúvidas, e construindo a autonomia da mulher, para que assim, tomem a decisão de se prevenir e ter uma vida de qualidade.

Conclui-se então, que o enfermeiro é peça chave no rastreamento das mulheres na faixa etária supracitada, realizando a colheita do material para a análise clínica e atualizando os cadastros para que as mulheres tenham eficaz acompanhamento.

Referências

ARAÚJO, Samuel Régis. **Citologia e Histopatologia Básicas do Colo Uterino para Ginecologistas**. 3ª ed. Curitiba, VP Editora, 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde (BR). **Instituto Nacional do Câncer**. O que é Câncer. Tipos de Câncer. Colo do Útero. Brasília; 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde**, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer**. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Nomenclatura brasileira para laudos cervicais e condutas preconizadas: recomendações para profissionais de saúde. Rio de Janeiro: Inca, 2016.

Conselho Federal de Enfermagem – COFEN. Resolução nº 272 /2002. **Dispõe sobre a consulta de Enfermagem**. Brasília (DF); 2008.

Costa FKM, et al. **Os desafios do enfermeiro perante a prevenção do câncer do colo do útero**. RGS. 2017 nov; 17 (Supl 1): 55-62.

FERREIRA, M.L.S.M., **Motivos que influenciam a não realização do exame de papanicolau segundo a percepção de mulheres**. Esc. Anna Nery Rev. v. 13 n. 2 p.84, 2011.

HACKENHAAR AA, Cesar JA, Domingues MR. **Exame citopatológico de colo uterino em mulheres com idade entre 20 e 59 anos em Pelotas- RS: prevalência, foco e fatores associados à sua não realização**. Rev Bras Epidemiol 2011.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Metodologia do trabalho científico: procedimentos básicos, pesquisa bibliográfica, projeto e relatório, publicações e trabalhos científicos**. 7. ed. – 6. reimpr. São Paulo: Atlas: 2011.

MELO, Maria Carmen Simões Cardoso de et al. **O enfermeiro na prevenção do câncer do colo de útero: o cotidiano da atenção primária**. Revista Brasileira de Cancerologia, v. 58, n. 3, p. 38,2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. **Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância de Câncer**. Estimativas 2011: Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR) - **Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Programa Nacional de Controle do Câncer de Colo de Útero**. Sistema de informação do câncer do colo do útero (SISCOLO): manual gerencial. Rio de Janeiro: INCA, 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR) – **Instituto Nacional de Câncer (BRASIL). Câncer do Colo do Útero**.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. DATASUS. **Seguimento Informado de mulheres com diagnóstico de lesões intraepiteliais de alto grau (LIAG)**; 2013.

NANDA I. Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I: definições e classificação 2018-2020 / [NANDA International]; tradução: Regina Machado Garcez; revisão técnica: Alba Lucia Bottura Leite de Barros... [et al.]. – 11. ed. – Porto Alegre: Artmed.

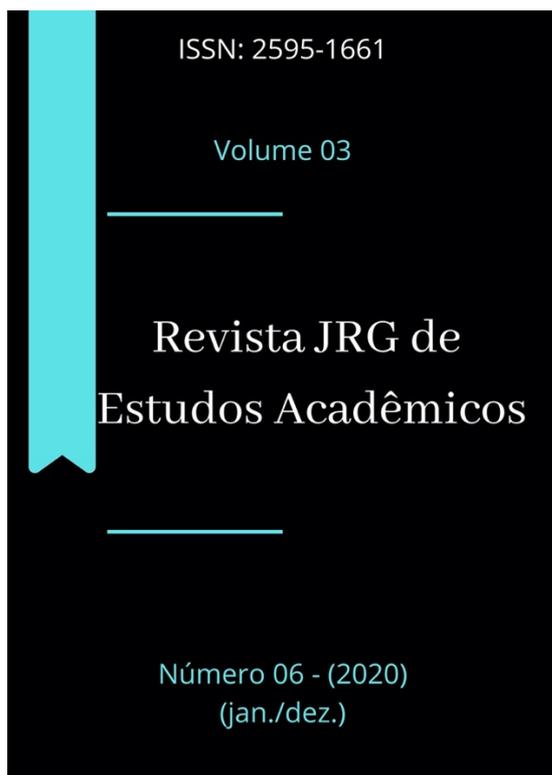
NASCIMENTO, Leidinar Cardoso; NERY, Inez Sampaio; SILVA, Antonia Oliveira. **Conhecimento cotidiano de mulheres sobre a prevenção do câncer de colo do útero**. Rev. Enfermagem, v. 4, n. 20, p. 476- 480. 2012.

ROMAN, KEM; PANIS, C. **Identificação dos fatores de risco a associados ao desenvolvimento de câncer de colo uterino em mulheres**. Infarma, v.22, n. 7/8 p.35, 2014.

SIAB - **Sistema de Informação Básica**. Disponível em ftp://ftp.datasus.gov.br/caderno/geral/ms/MS_Vicentina_Geral.xls. Acesso em 29 de nov. de 2018.

Silva SMS. **Atuação do enfermeiro de PSF no processo da realização do papanicolaou**. In: Congresso Brasileiro de Medicina Família e Comunidade. Anais, Belém, Maio de 2013.

VIANA, Magda Rogéria Pereira et al. **Formação do enfermeiro para a prevenção do câncer de colo uterino**. UERJ, v. 21, n. 1, p. 624-630. 2013.



Tramitação Editorial:

Data de submissão (recebimento):
01/01/2020.

Data de reformulação: 10/02/2020

Data de aceitação (expedição de carta de aceite): 01/03/2020

Data de disponibilização no site (publicação): 20/03/2020

Publicado: 2020-03-20

ESPIRITUALIDADE EM PACIENTES ONCOLÓGICOS: A COMPREENSÃO DA ENFERMAGEM NA DIMENSÃO ESPIRITUAL¹.
Spirituality of nursing oncologist patients in a Spiritual dimension.

Letícia Guedes de Lima²
MSc. Jonas Rodrigo Gonçalves³

Resumo

O tema deste artigo é espiritualidade em pacientes oncológicos: a compreensão da enfermagem na dimensão espiritual. A hipótese nega o seguinte problema: o enfermeiro compreende e valoriza a relação entre espiritualidade e o enfrentamento do câncer? O objetivo geral é identificar a importância da enfermagem na compreensão deste aspecto. Este trabalho é fundamental, devido as necessidades espirituais que os pacientes apresentam e a relevância dos profissionais em apoiar a dimensão espiritual; para a ciência, é relevante, pois apresenta a influência do cuidado espiritual para o bem estar do paciente; agrega à sociedade pois estimula a população

¹ © Todos os direitos reservados para a Revista JRG de Estudos Acadêmicos, cujas citações deste artigo são permitidas desde que citada a fonte. Artigo de Revisão de Literatura elaborado como Trabalho Final do curso de Enfermagem da Unip no ano de 2020, sob orientação do professor MSc. Jonas Rodrigo Gonçalves. Este artigo contou com a revisão linguística de Sandra Rodrigues Alves, formada em Letras e Especialista em Língua Portuguesa (61)99979-4569.

² Graduanda em Enfermagem pela Universidade Paulista UNIP.

³ Doutorando em Psicologia; Mestre em Ciência Política (Direitos Humanos e Políticas Públicas); Licenciado em Filosofia e Letras (Português e Inglês); Especialista em Direito Constitucional e Processo Constitucional, em Direito Administrativo, em Direito do Trabalho e Processo Trabalhista, entre outras especializações. Professor das faculdades Processus (DF), Unip (SP) e Fases (GO). Escritor (autor de 61 livros didáticos/acadêmicos). Revisor. Editor. CV Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6904924103696696>. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4106-8071>. E-mail: jonas.goncalves@institutoprocesso.com.br.

a compreender o papel da dimensão espiritual nas ações do cuidado. Trata-se de uma pesquisa qualitativa teórica com duração de seis meses.

Palavras-chave: Enfermagem. Espiritualidade. Cuidados Paliativos. Resiliência. Câncer.

Abstract

This article theme is: Spirituality and resilience in oncological patients: the nursing comprehension in a spiritual dimension. The hypothesis denies the following problem: Does a nurse understand and value the relationship between spirituality and the cancer facing? The general goal is to identify the importance of Nursing in this comprehensive aspect. This work is fundamental due to Spiritual needs that oncological patients show and in the professional relevance in giving support in a Spiritual dimension; For science, it is relevant as it represents the influence of spiritual care to the patients' welfare and to their families; It adds to the Society because it stimulates the population to understand the Spiritual dimension role in care actions. It is a theoretical quantitative research lasting six months.

Keywords: Nursing. Spirituality. Palliative Care. Resilience.

Introdução

O presente estudo fala sobre a temática da dimensão espiritual durante o processo de cuidado de pacientes que experenciam o processo de terminalidade e a importância da compreensão e valorização do profissional de saúde no cuidado espiritual do paciente oncológico. A pesquisa expõe a necessidade de um olhar voltado para o indivíduo como um todo, e que o cuidado prestado somente terá eficácia se os profissionais entenderem todas as dimensões que compõem os seres humanos.

Desse modo, os profissionais precisam compreender o ser humano em sua multidimensionalidade, os indivíduos necessitam ser cuidados em todos os aspectos que os cercam, tais como, biológicos, sociais, psicológicos e espirituais, sempre respeitando a subjetividade, valores e crenças pessoais e familiares do paciente. O modelo biologista, linear e mecanicista, não alcança a complexidade das necessidades humanas, por ser centrado na doença e não na integralidade do indivíduo. (ROSSATO *et al*, 2015; SIQUEIRA *et al*, 2015)

Este artigo se propõe a responder ao seguinte problema “o enfermeiro compreende e valoriza a relação entre espiritualidade e o enfrentamento do câncer?”. Os resultados encontrados mostram que o profissional de saúde, em especial o enfermeiro, compreende e valoriza essa relação, mas encontra barreiras para implementar o cuidado espiritual nas intervenções terapêuticas por não ter sido preparado no decorrer da graduação, acarretando carência de profissionais capacitados neste aspecto.

A espiritualidade ofertada durante o cuidado ao paciente oncológico, segundo levantamento realizado junto aos próprios enfermeiros durante a pesquisa, ainda é inicial, pouco reconhecida e deficitária desde a formação acadêmica do profissional. Nesse sentido, estudo na perspectiva do profissional enfermeiro sobre a espiritualidade no processo saúde-doença-cuidado, mostra que as enfermeiras que participaram da pesquisa aparentam entender o quão fundamental é a dimensão

espiritual nesses momentos da vida dos pacientes, porém, o estudo apresenta também que os profissionais encontram dificuldades na prestação do cuidado espiritual ao paciente, pois, durante a graduação, esse assunto não é suficientemente abordado. Desta forma, o profissional não é preparado para elaborar o que é proposto para a dimensão espiritual, como comportamentos, atitudes e sensibilidade para olhar o usuário como um ser integral, encontrando barreiras para implementar esse cuidado nas ações de enfermagem. (SIQUEIRA *et al*, 2017, p.3000-3001)

A resposta para a pergunta da hipótese levantada para o problema em questão foi a de que o enfermeiro compreende e valoriza a relação entre a espiritualidade e o enfrentamento do câncer, porém enfrenta dificuldades em seu implemento durante o cuidado prestado por esse profissional aos pacientes, por não ter sido preparado durante a formação acadêmica para lidar com o sofrimento e a morte em um contexto em que a espiritualidade é uma necessidade real do paciente e de sua família. E, desta forma, a barreira encontrada pelos profissionais em relação ao cuidado espiritual tem ligação direta com o despreparo desde a graduação, refletindo, assim, na carreira profissional.

Percebendo a importância da enfermagem na composição da equipe multiprofissional, é realizável capacitar os profissionais no âmbito da dimensão espiritual, é possível que eles compreendam e tenham conhecimento acerca desse aspecto. Tal capacitação é muito importante e auxilia o profissional a identificar quando o paciente necessitar desse cuidado, bem como a intervir nas necessidades intrínsecas do indivíduo, ajudando-o a se sentir melhor para que alcance o bem-estar e plenitude de que aquele momento vai passar e dias melhores virão. (SIMÕES *et al*, 2018, p.189)

O Objetivo Geral deste trabalho é identificar a importância da enfermagem na compreensão e valorização da relação entre espiritualidade e o enfrentamento do câncer. É imprescindível que a equipe de enfermagem entenda o quão essa relação tem efeito positivo na melhoria da qualidade de vida do paciente e, conseqüentemente, no seu modo de enxergar a vida e de se tornar forte em meio às adversidades impostas pela doença. Diante disso, procurar entender o que os profissionais acham sobre essa relação se torna relevante pelo fato de acarretar melhora no bem estar do paciente.

Estudo sobre a assistência espiritual e religiosa a pacientes com câncer no contexto hospitalar, apresentou uma categoria cujo nome é o significado do apoio religioso/espiritual recebido durante hospitalização. Em tal estudo é possível notar que os pacientes que participaram da pesquisa, ressaltam pontos positivos quando recebem apoio religioso, afirmando que esse tipo de apoio os fortalece para que enfrentem a doença e os impactos advindos da mesma. Isto intensifica a fé, tornando-a um meio de apoio, esperança e ânimo nas adversidades. Dessa forma, é de suma importância compreender a espiritualidade dos pacientes ao planejar e implementar o cuidado em saúde, pois a fé em Deus está enraizada na cultura do brasileiro, e a dimensão espiritual tem um lugar de evidência na vida do ser humano. (GUERRERO *et al*, 2011).

Quanto aos objetivos específicos, a pesquisa se propôs a analisar o impacto do diagnóstico de câncer na vida do paciente, identificar tanto as dificuldades mais relevantes enfrentadas pelo paciente quanto a sua adaptação a tais dificuldades no decorrer do processo de adoecimento e tratamento, investigar a influência da espiritualidade na resiliência do paciente para enfrentar o processo de adoecimento e tratamento e, por fim, avaliar a importância do auxílio espiritual oferecido pela equipe de enfermagem durante o processo da doença e tratamento.

O conhecimento dos profissionais da saúde sobre as etapas de negação até a aceitação da doença e adesão ao tratamento, influencia o nível de adesão do paciente ao tratamento, fazendo com que cada fator positivo envolvido no processo de reabilitação se torne um alvo de atenção para a intervenção da equipe multiprofissional. Estas etapas fazem parte do processo de enfrentamento da doença e da resiliência, possibilitando também aos profissionais o desenvolvimento de ações que envolvam a educação em saúde. (RODRIGUES *et al*, 2012)

Produzir estudos que abordem a dimensão espiritual como base da humanização apresenta extrema importância para o cuidado de seres humanos que vivenciam doenças ameaçadoras da vida, porém ainda existe carência de profissionais preparados nessa perspectiva de cuidado, visto que não são preparados para tal conhecimento. Entretanto, adquirir conhecimento e valorizar esta dimensão, colabora com a qualidade de vida destes pacientes, bem como a de seus familiares.

A realização de estudos científicos na área de enfermagem que aborda a espiritualidade como forma de enfrentamento perante prognóstico do câncer é de grande pertinência, pois torna possível entender os diversos sentimentos e emoções que os pacientes oncológicos vivenciam, permitindo que profissionais da saúde sejam capacitados no sentido de apoiar o aspecto espiritual na vida dos pacientes, respeitando e compreendendo as questões que os fazem se sentirem melhores para que consigam alcançar o bem estar, mesmo diante das adversidades.

Este trabalho agrega valor à sociedade, pois colabora com o entendimento da população em relação à espiritualidade como forma de ajudar a amenizar o sofrimento do paciente com diagnóstico de câncer. Isto acarreta mudanças na postura do profissional que lida com pacientes que passam por momentos de vulnerabilidade decorrente da doença, possibilitando a este profissional, portanto, a compreensão da importância do cuidado espiritual.

O presente estudo caracteriza-se como uma pesquisa qualitativa, teórica, bibliográfica, com fundamento em artigos científicos. A coleta dos dados foi realizada por meio das principais bases de dados eletrônicas relacionadas à saúde: Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SCIELO) e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). E, como estratégia de busca, foram utilizados descritores referenciados pelos índices dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), denominados Enfermagem, Espiritualidade, Cuidados paliativos, Resiliência e Câncer.

Os critérios de inclusão utilizados para a seleção da pesquisa foram: artigos primários, publicados em português, com resumos disponíveis nas bases de dados selecionadas, textos completos e que abordassem a temática em questão, publicados no período compreendido entre 2015 e 2019, artigos em que pelo menos um dos autores é mestre ou doutor, além da exigência de se tratar de artigo publicado em revista acadêmica com ISSN. Quanto aos critérios de exclusão, tem-se: estudos duplicados, artigos em outros idiomas, que não fosse o português, artigos não disponíveis na íntegra, os que não apresentassem pelo menos um autor mestre ou doutor, além dos que fossem publicados há mais de cinco anos.

O processo de avaliação crítica dos artigos que atenderam aos critérios de inclusão consistiu em leitura destes na íntegra, análise da literatura, possibilitando discussões sobre as metodologias, resultados e conclusões sobre o tema em questão, de forma a atingir o objetivo deste estudo, ou seja, identificar a importância da enfermagem na compreensão e valorização da relação entre espiritualidade e o enfrentamento do câncer.

Compreende um estudo de revisão de literatura, primeiramente com o levantamento do conjunto de obras literárias, escolhendo artigos científicos de acordo com critérios específicos anteriormente, leitura destes na íntegra e seleção, nestes artigos, do que é de interesse para compor o trabalho, proporcionando, assim, comparações sobre as metodologias, resultados e conclusões. (GONÇALVES, 2019, p.30)

Espiritualidade em pacientes oncológicos: a compreensão da enfermagem na dimensão espiritual

A espiritualidade é estabelecida como pertencente ao ser humano, podendo ser incluída a crença em um Deus, envolvendo questões e pensamentos em relação ao entendimento da vida, transcendendo a religiosidade. Sendo assim, a religiosidade é conhecida pela relação entre os indivíduos e as igrejas, os indivíduos e as igrejas e essa relação segue a crença proposta por determinada religião. De todo modo, os pacientes que são acometidos por doenças com processo de terminalidade, procuram na religiosidade e a espiritualidade esperança e um novo sentido para a vida. (GERONASSO *et al*, 2012; FORNAZARI *et al*, 2010)

O diagnóstico de câncer causa nos pacientes e seus familiares impactos nos diferentes aspectos de suas vidas, podendo desencadear um desequilíbrio psíquico, físico, social, emocional e espiritual. (SIQUEIRA *et al*, 2017, p.2997) A trajetória do diagnóstico de câncer é exercida por diversos tipos de terapêuticas, estratégias de enfrentamento e, principalmente, pela comunicação das más notícias, estabelecendo um tratamento extenso e muitas vezes agressivo ao paciente, sendo assim, a percepção do paciente sobre o seu futuro modifica-se radicalmente e negativamente, quando recebe o diagnóstico de câncer, representando uma má notícia, e uma das atividades mais complexas que a equipe de saúde enfrenta é a comunicação destas notícias. (KISSANE *et al*, 2012; WARNOCK, 2014; BORGES *et al*, 2012).

Um momento propício para o profissional estabelecer o papel de conselheiro é o da comunicação da má notícia, pois esta provoca no paciente um forte abalo emocional, muitas vezes seguido de medos, angústias e incertezas. A compreensão do paciente em relação à sua doença e ao processo de tratamento está ligada com a forma cuidadosa que o profissional comunica. (EPSTEIN, 2014; KISSANE *et al*, 2012; WARNOCK, 2014)

Nesta perspectiva, o diagnóstico de câncer se configura para os pacientes e seus familiares como uma notícia devastadora, causando sofrimento, medo e várias dúvidas em relação ao prognóstico da doença. Por sua vez, fica evidente como é fundamental quando o profissional é preparado para comunicar, de maneira empática e humanizada, situações desfavoráveis para o paciente e seus familiares, visto que, a forma como o paciente entende o seu processo atual de saúde e como será o tratamento tem ligação com a maneira que essa notícia é comunicada e com a forma que o profissional de saúde enxerga e valoriza cada paciente de acordo com a sua necessidade, acarretando grande valor para a eficácia das ações terapêuticas e vínculo de confiança entre profissional e paciente.

Por outro lado, mesmo a equipe de saúde compreendendo a relevância da comunicação interpessoal, relatam obstáculos para colocá-la em prática e integrá-la na assistência, principalmente quando é necessário comunicar notícias ruins como o final da vida. Esses obstáculos estão relacionados com a falta de preparo dos

profissionais, pois a comunicação se faz presente em todas as ações terapêuticas e comunicar com sinceridade, mesmo que seja uma má notícia, faz parte da rotina desse profissional, que precisa ser capacitado no sentido de ter força para comunicar com sensibilidade e empatia. (SILVA, 2013; STEFANELLI *et al*, 2012; EPSTEIN, 2014)

Certamente, quando o paciente com câncer não recebe adequadamente informações sobre a doença bem como seu prognóstico, o tratamento acaba sendo ineficaz e/ou abandonado. Entender e estudar as subjetividades envolvidas no processo de adoecer, abrangendo o câncer, é indispensável para um cuidado de forma holística. (SOUZA, 2011)

Dessa forma, o verdadeiro instrumento dos profissionais enfermeiros é a essência do cuidado, que vai além da execução de técnicas, alcançando a confiança e empatia com o paciente. O cuidar é ter como meta a recuperação, prevenção, manutenção e promoção da saúde, entendendo a integralidade e singularidade de cada indivíduo. (CUNHA *et al*, 2017, p.846).

Em vista disso, os pacientes se sentem compreendidos e acolhidos quando suas reais necessidades neste momento da vida são valorizadas, principalmente por pessoas que estão prestando ações de cuidado, ou seja, os profissionais de saúde. Além disso, os familiares dos pacientes também precisam compreender essas necessidades e buscar forças para apoiar seu ente querido nesta fase tão impactante, decerto que o ambiente de escolha do paciente nessa fase é em casa, junto com seus familiares e amigos.

Estudo sobre “a espiritualidade e o processo de morrer: reflexões de uma equipe interdisciplinar de cuidados paliativos”, realizado com oito profissionais, mostra que os participantes da pesquisa concebem a espiritualidade como um favorecimento para a aceitação do processo de morte, sendo um dos princípios do cuidado paliativo. Esse processo é amenizado e tem como apoio o ambiente familiar, desse modo, para que o paciente tenha uma morte digna, os profissionais precisam ser qualificados para pôr em prática o que é proposto pelo cuidado paliativo, sendo a espiritualidade reconhecida como facilitadora desse processo. (ARRIEIRA *et al*, 2016, p.141)

O apoio das pessoas que exercem influência na vida do paciente, como os familiares e amigos, são fundamentais no tratamento e na reabilitação do mesmo, sendo assim, os conflitos podem ser superados no convívio familiar, desde que todos reconheçam e se adequem à nova situação de vida que o tratamento impõe. (RODRIGUES *et al*, 2012) Portanto, ainda que seja difícil presenciar a vulnerabilidade do parente frente à doença e ao tratamento, o familiar precisa e necessita encontrar forças para apoiá-lo. (BARRETO *et al*, 2010; RODRIGUES *et al*, 2012; MOSCOVISI, 2009, p.404)

Por conseguinte, destaca-se o apoio recebido de grande valor, tanto dos profissionais de saúde, como dos familiares, possibilitando ao paciente o sentimento de que não está sozinho e que pode encontrar forças nos relacionamentos que traz bem-estar e confiança. Este apoio é essencial principalmente durante o tratamento, por ser complexo e muito agressivo, então o profissional de saúde tem papel fundamental em minimizar o sofrimento advindo desse tratamento.

Apesar dos pacientes sentirem fortes reações adversas decorrentes do tratamento, e por essa razão enfrentarem como algo negativo, eles reconhecem que essas reações são só uma fase que necessitam passar para que a recuperação aconteça, enxergando o câncer como um problema maior do que o tratamento, então eles consideram dar continuidade ao tratamento, com o pensamento de que os efeitos adversos vão passar. (CONCEIÇÃO *et al*, 2012) Portanto, é papel dos profissionais

de saúde, em especial a enfermagem, auxiliar o paciente e sua família a encarar a complexidade do tratamento, buscando intervir de forma eficiente nos efeitos adversos e na alta toxicidade dos medicamentos, sempre esclarecendo dúvidas e informando sobre a doença e o tratamento, bem como a importância de segui-lo. (CUNHA *et al*, 2017, p.843)

Em suma, a capacitação da equipe de enfermagem precisa acontecer em todos os âmbitos de cuidado. A equipe precisa ter conhecimento em relação a todos os fármacos administrados nos pacientes, independente da doença. No câncer os efeitos dos medicamentos são muito agressivos e causam diversos desconfortos, entender esses efeitos e saber intervir de forma eficaz gera pontos positivos, diminuindo, assim, os efeitos indesejáveis.

Estudo sobre comunicação interpessoal com pacientes oncológicos em cuidados paliativos, desenvolvido no programa de oncologia de um hospital de reabilitação localizado em Brasília, Distrito Federal, com 10 pacientes em regime de internação, portadores de tumores malignos primários de partes moles e ósseos, mostrou que os fatores do estudo denominados protetores colaboraram para reconhecer estratégias úteis para ganhar das situações adversas. Esses fatores foram estruturados em três grupos: (RODRIGUES *et al*, 2012; Galvão *et al*, 2017)

Os fatores definidos como “Eu Tenho”, são considerados externos ao indivíduo, o paciente deste estudo, quando relata “Eu Tenho”, está se referindo ao auxílio dos profissionais de saúde e da sua família. Este fator os pacientes utilizam para o bem-estar próprio, tornando-os, assim, mais resilientes. (RODRIGUES *et al*, 2012)

Os fatores definidos como “Eu Sou”, são considerados internos do indivíduo, são atitudes que revigoram a força e ânimo mesmo frente às adversidades. O paciente demonstrou acreditar e ter esperança em acontecimentos futuros, mostrando perfil resiliente. (RODRIGUES *et al*, 2012)

Terceiro fator, definido como “Eu Posso”, é considerado interpessoal, pois os pacientes aplicam esse fator para conseguirem enfrentarem os momentos difíceis que a doença trás. Mesmo sendo incapazes de preverem os resultados decorrentes do câncer, ainda assim os pacientes conservaram a vontade de lutar. (RODRIGUES *et al*, 2012)

Dessa forma, o enfermeiro durante a consulta de enfermagem, deve realizar a escuta qualificada com o paciente e seus familiares, cessando as dúvidas que surgirem durante a consulta, bem como, explicar sobre o tratamento e os efeitos colaterais decorrentes do tratamento. Certamente quando o paciente é informado de forma adequada, melhor ele entende o processo, aprende a lidar e conviver com os efeitos colaterais causados pelo tratamento. (CONCEIÇÃO *et al*, 2012; MATOSO *et al*, 2015)

Mediante o exposto, apesar dos inúmeros efeitos adversos causados pelo diagnóstico e tratamento do câncer, a comunicação interpessoal vem com o intuito de auxiliar um contato mais próximo para que a escuta ativa seja realizada com êxito e para que as dúvidas sejam esclarecidas. Assim, uma comunicação adequada faz com que o entendimento sobre o câncer e o que o seu tratamento implica sejam claros, enfatizando ao paciente o apoio que ele tem por parte dos profissionais de saúde, para uma melhor aceitação.

Neste pensar, o indivíduo que busca ser resiliente consegue mudar a atual experiência desagradável que o câncer ou qualquer outra doença grave traz, em uma experiência de aprendizado e crescimento pessoal, interpretando de maneira otimista para que essa fase seja mais leve e harmoniosa. Sendo assim, os pacientes resilientes, entendem o processo difícil pelo qual estão passando, como uma

oportunidade de amadurecimento e de compreensão do propósito de vida, sendo protagonistas do ambiente em que estão inseridos. (RODRIGUES *et al*, 2012)

A Lei nº 9.982/2000 da Constituição Federal de 1988, regulamentada pelo Decreto nº 30.582/2009, dispõe sobre a prestação de assistência religiosa nas entidades hospitalares públicas e privadas, bem como nos estabelecimentos prisionais civis e militares. Essa Lei estabelece que o atendimento religioso aos pacientes pode ser oferecido, respeitando as normas e horários dos Hospitais e o desejo dos pacientes e seus familiares. (BRASIL, 2000)

Nesta perspectiva, Florence Nightingale considera o ser humano como um ser integral, ou seja, biológico, social, psicológico e espiritual, ela já considerava que o indivíduo em desordem de suas condições vitais tinha a necessidade de ser olhado de forma holística, sendo indispensável a prática da espiritualidade para com o paciente. (ROSSATO *et al*, 2015; NIGHTINGALE, 1946)

Assim sendo, além de existir uma Lei que regulamenta as ações religiosas nas instituições hospitalares quando é desejo do paciente, estudos mostram que é necessário atender o indivíduo de maneira integral, com atenção voltada a todas as suas dimensões. Logo, estar atendo às subjetividades do paciente oncológico colabora para que ele se sinta valorizado, promovendo mais tranquilidade diante dessa fase ruim.

Cicely Saunders, nascida em Londres em 1918, graduada em enfermagem, administração social e medicina, entregou sua vida e carreira para cuidar das pessoas que enfrentavam a terminalidade da vida. Saunders relatou que o cuidado somente será eficaz se as dimensões física, psíquica, social e espiritual do paciente forem valorizadas, chamando esse conceito de dor total, onde é de extrema importância a integralidade do ser humano, tendo um olhar mais atento à dor e ao sofrimento. (MACHOLA *et al*, 2016, p.167)

O trabalho de Saunders teve papel importante, dando início ao Movimento Hospice, que se refere aos cuidados nas fases de terminalidade da vida, dando início também à busca pela “boa morte”. A boa morte significa muito para o paciente, ele se sente cuidado com atenção, vive seus últimos dias confortavelmente, próximo aos familiares, os seus desejos são respeitados em um espaço com mais liberdade para fazer suas despedidas, sendo assim, a boa morte procura por um fim de vida em paz, para o paciente finalmente, morrer com honradez. (MACHOLA *et al*, 2016, p.167)

Em síntese, o cuidado paliativo nos apresenta o cuidar com a atenção voltada não somente para o câncer em si, mas com o olhar voltado também para as subjetividades que acompanham o ser humano. A espiritualidade como algo subjetivo dos seres humanos tem papel fundamental quando se trata de uma morte com dignidade, pois acolhe o ser que sofre, valorizando suas crenças, medos e anseios.

A assistência espiritual está ligada ao alcance de uma boa morte, pois diante das situações que causam sofrimento na vida das pessoas que passam pelo processo de morrer, a espiritualidade se integra como um importante método diante dessas situações. Nesta perspectiva, a atenção paliativa além de buscar controlar os sintomas, escuta-se o usuário, considerando o que ele acha importante que seja realizado nessa fase de sua vida, e os profissionais procuram nesse momento, oferecer todas as condições necessárias para realizar essa escuta com qualidade e empatia. (CERVELIN *et al*, 2015; ARRIEIRA *et al*, 2016, p.139.)

Sendo assim, as pessoas que conhecem o processo de terminalidade relacionada a alguma doença, procuram meios para se sentirem melhores, apegando-se a algo que as fazem ter mais energia e serem mais positivas. Desse modo, o

aspecto espiritual tem grande influência com a aceitação da doença e com a personalidade resiliente dos pacientes e seus familiares.

É possível encontrar respostas através da espiritualidade, ela ajuda o relacionamento interpessoal, os vínculos são edificados com mais facilidade, levando esse processo como aprendizado e contribuição recíproca. Por certo que essa proximidade com a morte no ambiente de trabalho sugere análises sobre a definição da vida para a equipe e o sofrimento que o paciente passa neste processo, entender o que a espiritualidade pode trazer neste momento, colabora de forma satisfatória com o aprendizado da equipe. (ARRIEIRA, *et al*, 2016, p.143)

Desta maneira, fica evidente que os indivíduos que passam pela situação de terminalidade, procuram apoio na força espiritual por meio de orações que o aproxima de Deus, podendo acrescentar otimismo durante o enfrentamento do câncer. Esse ato faz com que o ser humano se sinta mais leve, levando a crença de controle sobre si, seu corpo e mente, trazendo o sentimento de que ele pode controlar algo que vai além de explicações definidas. (SILVA *et al*, 2016)

Portanto, a filosofia do cuidado paliativo abrange o cuidado espiritual, visto que colabora com a autoestima do paciente, fazendo com que ele encontre um significado para a vida, se sinta mais confiante e determinado para enfrentar a doença e o processo de tratamento que, na grande maioria das vezes, é agressivo, causando várias modificações negativas para o organismo. A fé tem ligação com o aspecto espiritual e com essa personalidade mais confiante do usuário para superar as fases ruins da vida.

Estudo realizado com pacientes diagnosticados com câncer, assistidos na clínica médica e cirúrgica do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW/UFPB), nos apresenta, através das falas dos pacientes, que normalmente a procura pela religiosidade/espiritualidade é mais existente nos momentos em que os pacientes se sentem vulneráveis e com medo do que pode acontecer futuramente. Dessa forma, a fé ajuda de maneira considerável no enfrentamento das adversidades impostas pela doença, permitindo que exista um controle interno das emoções dos pacientes, dando esperança para suas fragilidades e, como resultado, mais conforto e bem estar. (FREIRE *et al*, 2017, p.359)

Portanto, a fé é fundamental, pois, mesmo diante das adversidades impostas pela vida, ela é capaz de fortalecer, dar esperança, otimismo, para que as pessoas sigam em frente. A espiritualidade anda junto com a fé, sendo pertencente ao ser humano, procurando se relacionar consigo mesmo, com os outros e com o divino, buscando, assim, um sentido para a existência. (EVANGELISTA *et al*, 2016)

Em resumo, fica claro que a fé gera efeitos benéficos em relação à doença, além de ser essencial ao ser humano, pois, apesar das fases difíceis que todas as pessoas ao longo da vida experenciam, ela nos traz conforto, esperança de dias melhores e mais positividade em relação aos acontecimentos da vida.

Conforme estudo sobre espiritualidade de famílias com um ente querido em situação de final de vida, realizada com quinze familiares de pacientes com doenças graves atendidos na rede de atenção primária à saúde, de São Paulo, apresentou que os entrevistados reconhecem Deus e o Espírito Santo acima de tudo, dando ênfase no quão importante a religião se faz, principalmente nesses momentos. Então cabe ao profissional compreender as necessidades destes pacientes e seus familiares, respeitando e apoiando suas decisões. (MIQUELETTO *et al*, 2017, p.1619)

Outro estudo sobre espiritualidade no processo saúde-doença-cuidado do usuário oncológico, olhar do enfermeiro, realizado com dez enfermeiros que exercem suas atividades na oncologia de um Hospital de Ensino, apresentou nas falas que o

suporte espiritual estimula ferramentas psicoemocionais eficientes para diminuir o sofrimento, bem como a dor, o medo e as hesitações. Os relatos mostraram também que a espiritualidade muitas vezes resgata a fé e a esperança, sendo capaz de trazer sentido para o sofrimento, intensificando esforços que vão moderar e/ou vencer os obstáculos. Estas ferramentas são eficientes também na reavaliação dos sentimentos e dão ânimo para encarar a doença e o tratamento. (SIQUEIRA *et al*, 2017, p.2999)

É normal o ser humano sentir-se vazio e desesperado diante de uma doença que ameaça a vida, muitas vezes se sentindo incapaz de encontrar significado para seguir em frente. Resultados apresentaram a espiritualidade ligada a saúde, porque diante de situações adversas, ela simboliza conforto, bem-estar, segurança, significado e força para enfrentar situações de dúvidas, sofrimento, preocupação e medo. (SIQUEIRA *et al*, 2017, p.2999)

Por conseguinte, esta ligação da espiritualidade com a saúde que os estudos apresentam, diz muito sobre o esforço para encarar as fases de tratamento que a doença provoca, bem como, o otimismo apesar das implicações, não somente físicas mas emocionais, que todo este processo trás. Então a importância do auxílio espiritual oferecido pela equipe de enfermagem é item básico nas ações terapêuticas, justamente por trazer sentido e anseio por vencer essa fase com garra e coragem.

Nesta perspectiva, é necessário superar o modelo biomédico, centrado apenas no ângulo físico do método saúde-doença, agindo através de uma concepção mecanicista do corpo e do seu funcionamento. Indo além, entra o apoio espiritual, fazendo com que os profissionais obtenham uma visão integral da saúde, abordando o sujeito nas diferentes dimensões que integram o ser humano. Nesse contexto, é fundamental entender como esse apoio espiritual é concebido pelos pacientes e quais sentimentos são despertados neles. (ALVES *et al*, 2010)

Dessa forma, a teoria das relações interpessoais de Hildegard Elizabeth Peplau, relata muito bem esse olhar com mais atenção para as expressões do que é sentido pelos pacientes, deixando de lado esse foco na doença em si como fator principal da assistência em enfermagem, valorizando o que é subjetivo do paciente para ajudá-lo a lidar com essa experiência tão impactante na vida deles. Peplau teve papel importante nas teorias da psicologia e psiquiatria, trazendo para a enfermagem um foco voltado para o cuidar com alicerce na dimensão psicológica, pensando na subjetividade do outro. (GEORGE, 2000; PEPLAU, 1988)

Estudo sobre comunicação interpessoal com pacientes oncológicos em cuidados paliativos, com participação de pacientes de um hospital de Brasília, Distrito Federal, apresenta fatores de proteção referentes à resiliência praticada pelo paciente diante de situações que causam estresse. Percebeu-se que um dos fatores encontrados é o elo terapêutico entre enfermeiro-paciente, levando em consideração que a enfermagem passa a maior parte do tempo compartilhando atenção e cuidado para promover mudanças significativas na forma de pensar e agir dos pacientes. Neste pensar, a teoria de Peplau deixa bem claro que a enfermagem, de forma empática, sempre esteve presente e se atentou para a importância de dar espaço e ouvir com atenção o paciente, compreendendo-o como um todo. Essa teoria faz ainda mais sentido, visto que, os pacientes reconhecem que a profissional com maior disponibilidade para oferecer melhor vínculo, é a enfermeira. (GALVÃO *et al*, 2017, p.9)

Certamente, as ciências da saúde, incluindo a enfermagem, realiza o cuidado com a atenção voltada para o que é objetivo, deixando de lado muitas vezes as subjetividades que compõem o indivíduo, lembrando que o que é subjetivo está unido com os sentimentos e as emoções, e ignorar esse lado é deixar de cuidar do paciente

em tudo o que lhe faz parte. A espiritualidade, quando valorizada, pode fazer com que vivências pessoais de sofrimento e dor acabem sendo toleráveis.

Estudo sobre a espiritualidade de famílias com um ente querido em situação de final de vida apresenta resultado em relação ao desejo que os familiares têm de serem ouvidos, falando sobre Deus e espiritualidade, pelo fato de encontrarem forças nessas duas coisas para encarar os acontecimentos difíceis que seu ente querido passa nessa fase de sua vida. Em adição a isto, os familiares demonstraram acreditar que induz de forma positiva quando os profissionais motivam os pacientes e os compreendem em sua totalidade como seres humanos, ofertando esperança. (MIQUELETTO *et al*, 2017, p.1622 e 1625)

Segundo Cunha *et al* (2017, p.843), os depoimentos de doze pacientes durante a pesquisa do estudo, deixou transparente que o cuidado da equipe de enfermagem tem muito valor para eles, representando um comportamento de preocupação, de afeto e vínculo, onde a atenção ao paciente fica evidente e as ações realizadas para eles se tornam o principal objetivo. Para isso, o enfermeiro quando cuida do paciente acometido por câncer, precisa separar o que é propósito para si e o que realmente o paciente e seus familiares necessitam, sentem e vivem com a doença.

Certamente os pacientes escolhem os profissionais que eles querem ter mais afinidade e que eles confiam, isso tem a ver com o cuidado e atenção prestada a eles, se o profissional atende de maneira humanizada e se valoriza o que o paciente considera importante, então, sem dúvida, o usuário opta por este profissional para ter vínculo afetivo e confiança em contar seus medos, necessidades e angústias. Quando o profissional enfermeiro busca entendimento sobre a espiritualidade e religiosidade, ajuda a entender os anseios demonstrados pelos pacientes em relação a esse cuidado e essa escuta valorizada sobre a dimensão espiritual, atendendo-o de forma integral.

Segundo um dos participantes do estudo que apresenta as reflexões de uma equipe interdisciplinar de cuidados paliativos sobre espiritualidade e o processo de morrer, é sugerido que, para agregar a dimensão espiritual ao cuidado de forma integral, é relevante ter-se hábitos que acolham o indivíduo de forma humanizada. Isso se torna possível através de um trabalho interdisciplinar, mediante escuta qualificada e empática para abordar questões que se relacionam com a espiritualidade do usuário em cuidados paliativos. Dessa forma, a maneira como os profissionais entendem os sentimentos vivenciados pelos pacientes, tem a ver com as suas vivências próprias sobre espiritualidade e o processo de morrer, deparando-se quase sempre com barreiras no momento da prestação dos cuidados que envolvem as necessidades espirituais/religiosas. (ARRIEIRA *et al*, 2016, p.141)

Nesse contexto, os debates do estudo de Arrieira *et al* (2016, p.145) mostraram bem isso, pois buscar compreender a espiritualidade pelos profissionais da saúde é básico para implementar um cuidado integral, visto que, a integralidade é um princípio prioritário de uma política de saúde, e cuidar de maneira integral implica cuidar também do que não é concreto. Nesses debates foi possível identificar que conviver com pessoas oncológicas faz com que os profissionais reconheçam essa prática como uma chance de amadurecimento e aprendizagem.

Nesta perspectiva, o estudo exibiu que os pacientes, mesmo discernindo a importância dos pontos religiosos e espirituais para conseguirem ter força diante do final de vida, expõem não terem a chance de dialogar sobre assuntos que envolvam essa dimensão com a equipe de saúde. Os familiares percebem esse comportamento dos profissionais como ausência de atenção, preocupação e apreciação com os

pacientes, em relação ao processo complexo e difícil que estão vivenciando. (MIQUELETTO *et al*, 2017, p.1623)

A partir desses pareceres, compete ao enfermeiro capacitar sua equipe, para que o cuidado seja qualificado, proporcionando apoio e conforto às necessidades e às condições específicas do paciente oncológico, ao passo que a esperança seja proporcionada com sucesso, para que o paciente tenha ânimo e forças, até mesmo quando o tratamento não garante a cura. Sendo assim, os profissionais de saúde precisam administrar o cuidado com o intuito de estabelecer o bem estar espiritual ao paciente e seus familiares, demonstrando respeito às suas crenças e valores e sempre observando comportamentos e meios de enfrentamento da doença e tratamento, para assegurar adesão e melhores resultados nas ações de enfermagem. (SIQUEIRA *et al*, 2017, p.3001)

Considerações Finais

Embora abordar a espiritualidade no processo saúde-doença-cuidado seja uma inevitabilidade tanto para o paciente oncológico quanto seus familiares, apresentou-se incipiente e pouco valorizada pelos profissionais de saúde, mesmo estes tendo apresentado tal abordagem como uma necessidade dos usuários que vivenciaram o processo de terminalidade.

Este artigo se propôs a responder se o enfermeiro compreende e valoriza a relação entre espiritualidade e o enfrentamento do câncer, entretanto, os profissionais enfermeiros são incapacitados para prestar o cuidado espiritual, pois, ao longo da formação universitária, os estudantes não tiveram conhecimento para tal, deste modo, gerou-se déficit de profissionais com habilidade e capacitação neste âmbito.

O trabalho objetivou identificar a importância da compreensão da enfermagem na dimensão espiritual. O comportamento dos profissionais de enfermagem nesta abordagem mostrou-se essencial, apresentando o quão fundamental e necessário foi, quando o profissional se mostrou disposto a compreender e respeitar as necessidades espirituais que os pacientes apresentaram nesta fase da vida.

Em relação aos demais objetivos: analisar o impacto do diagnóstico de câncer na vida do paciente, identificar as maiores dificuldades enfrentadas pelo paciente, investigar a influência da espiritualidade na resiliência do paciente no decorrer do tratamento e avaliar a importância do auxílio espiritual oferecido pela equipe de enfermagem, propostos nesta pesquisa, apresentou-se extrema importância os estudos que abordaram como base da humanização a dimensão espiritual, pois indivíduos que passaram por doenças que ameaçam a vida mostraram carecer de profissionais que os olhem de maneira integral, pertencente a várias dimensões que estão, precisamente, ligadas à saúde e à doença. Para os estudos científicos, a realização desta pesquisa denotou a magnitude da capacitação de profissionais da saúde no aspecto espiritual, visando a compreensão dos efeitos benéficos que a dimensão espiritual apresentou para os pacientes e para sua família, deste modo, tornou-se possível perceber os numerosos sentimentos e emoções que pacientes oncológicos suportaram neste processo e que buscaram como base de sustentação a espiritualidade por proporcionar um melhor controle psicológico diante dos momentos estressores. Este estudo colaborou, também, para o entendimento da sociedade em relação à espiritualidade como auxílio em reestruturar a vida do paciente que experimentou dificuldades advindas deste processo.

Concluiu-se que, para que o cuidado seja qualificado, é essencial que os profissionais de enfermagem sejam capacitados de forma contínua, e que esta

capacitação incluía os cuidados espirituais, visto que mostrou-se de grande valor o apoio e conforto ofertado tanto aos pacientes quanto a seus familiares, como, também, um olhar atendo às necessidades específicas que os pacientes oncológicos apresentaram. Desta forma, o estudo demonstrou que mesmo que o tratamento não tenha garantido a cura, a espiritualidade gerou um comportamento resiliente nos pacientes. Em vista disso, os profissionais de saúde ao demonstrarem respeito às crenças e valores de cada usuário, colaboraram com a qualidade de vida do paciente oncológico em meio às adversidades, proporcionando assim, melhor aceitação da doença e do seu tratamento.

Referências

ALVES, Joseane de Souza; JUNGES, José Roque; LÓPEZ, Laura Cecília. **A dimensão religiosa dos usuários na prática do atendimento à saúde: percepção dos profissionais da saúde.** O Mundo da Saúde, São Paulo: 2010, 34(4):430-436.

ARRIEIRA, Isabela Cristina de Oliveira et al. **Espiritualidade e o processo de morrer: reflexões de uma equipe interdisciplinar de cuidados paliativos.** Av Enferm, 2016, p. 137-147. DOI: 10.15446/av.enferm.v34n2.38144

BARRETO, Thâmara Sena; AMORIM, Rita da Cruz. **A família frente ao adoecer e ao tratamento de um familiar com câncer.** Rev enferm UERJ, Rio de Janeiro, 2010 Jul/Set; 18(3): 462-7.

BORGES, Moema da Silva; FREITAS, Graciele; GURGEL, Widoberto. **A comunicação da má notícia na visão dos profissionais de saúde.** Tempus – Actas Saúde Coletiva [internet]. 2012 ago [cited 2017Jan12];6(3):113-26. Disponível em:<<http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1159>> Acesso em: 11 fev. 2020.

BRASIL. Lei nº 9.982, de 14 de julho de 2000. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Casa Civil, Brasília, DF, 17 jul. 2000. Disponível em:<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9982.htm> Acesso em: 27 jan, 2019.

CERVELIN, Aline Fantin; KRUSE, Maria Henriqueta Luce. **Espiritualidade e religiosidade nos cuidados paliativos: produzindo uma boa morte.** Rev Enferm UFPE. 2015;9(Supl 3):7615-7624. DOI:10.5205/reuol.7049-61452-1-ED.0903supl201515

CONCEIÇÃO, Vander Monteiro da et al. **Representações sociais sobre o tratamento quimioterápico por clientes oncológicos.** Rev Tempus Actas de Saúde Coletiva, 2012; 5(4): 35-53.

CUNHA, Fernanda Furtado da; VASCONCELOS, Esleane Vilela; SILVA, Silvio Éder Dias et al. **Representações de pacientes oncológicos sobre o tratamento de quimioterapia antineoplásica.** Rev Fund Care Online. 2017 jul/set; 9(3):840-847. <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v9.5579>

EPSTEIN AS. **Current state of the art and science of patient-clinician communication in progressive disease:** patients' need to know and need to feel known. J Clin Oncol [internet]. 2014 Nov [cited 2017 Apr 10];32(31):3474-78. Disponível em:<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5569682/>> Acesso em: 15 dez. 2019.

EVANGELISTA, Carla Braz et al. **Espiritualidade no cuidar de pacientes em cuidados paliativos:** um estudo com enfermeiros. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2016;20(1):176- 182. <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20160023>.

FORNAZARI, Silvia Aparecida; FERREIRA, Renatha El Rafihi. **Religiosidade/Espiritualidade em Pacientes Oncológicos:** Qualidade de Vida e Saúde. Psiol Teor Pesqui. 2010 abr/jun; 26(2):265-272. <https://doi.org/10.1590/S0102-37722010000200008>.

FREIRE, Maria Eliane Moreira; VASCONCELOS, Monica Ferreira de; SILVA, Terezinha Nunes da et al. **Assistência espiritual e religiosa a pacientes com câncer no contexto hospitalar.** Rev Fund Care Online. 2017 abr/jun; 9(2):356-362. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v9.4906>

GALVÃO, Maria Ireni Zapalowski; BORGES, Moema da Silva; PINHO, Diana Lúcia Moura. **Comunicação interpessoal com pacientes oncológicos em cuidados paliativos.** Rev baiana enferm. 2017;31(3):e22290.

GEORGE, Julia B. **Teorias de enfermagem:** os fundamentos para a prática profissional. 4a ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul; 2000.

GERONASSO, Martha Caroline Henning; COELHO, Denise. **A influência da religiosidade/ espiritualidade na qualidade de vida das pessoas com câncer.** Rev Saúde e Meio Ambiente. 2012 jun;1(1). <https://doi.org/10.24302/sma.v1i1.227>

GONÇALVES, Jonas Rodrigo. **Como escrever um Artigo de Revisão de Literatura.** Revista JRG de Estudos Acadêmicos, Ano II, Vol.II, n.5, 2019.

GONÇALVES, Jonas Rodrigo. **Como fazer um Projeto de Pesquisa de um Artigo de Revisão de Literatura.** Revista JRG de Estudos Acadêmicos, Ano II, Vol.II, n.5, 2019.

GONÇALVES, Jonas Rodrigo. **Manual de Artigo de Revisão de Literatura.** Brasília: Processus, 2019.

GONÇALVES, Jonas Rodrigo. **Manual de Projeto de Pesquisa.** Brasília: Processus, 2019.

GONÇALVES, Jonas Rodrigo. **Metodologia Científica e Redação Acadêmica.** 8. ed. Brasília: JRG, 2019.

GUERRERO, Giselle Patrícia et al. **Relação entre espiritualidade e câncer: perspectiva do paciente.** São Paulo: Rev Bras Enferm, 2011.
<https://doi.org/10.1590/S0034-71672011000100008>

KISSANE, David W.; BYLUND, Carma L.; BANERJEE, Smita C.; BIALER, Philip A.; LEVIN, Tomer T.; MALONEY, Erin K. et al. **Communication skills training for oncology professionals.** J Clin Oncol [internet]. 2012 Apr [cited 2016 June 18];30(11):1242-47. Disponível em:<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22412145>> Acesso em: 22 fev. 2020.

MACHOLA, Camilo et al. **Cuidados paliativos, espiritualidade e bioética narrativa em unidade de saúde especializada.** Brasília: Rev. bioét, 2016, p.165-183. <https://doi.org/10.1590/1983-80422016241118>

MATOSO, Leonardo Magela Lopes; ROSÁRIO, Sâmara Sirdênia Duarte de; MATOSO, Mônica Betania Lopes. **As estratégias de cuidados para o alívio dos efeitos colaterais da quimioterapia em mulheres.** Saúde (Santa Maria), Santa Maria, 2015; 41(2): 251-260.

MIQUELETTI, Marcelo et al. **Espiritualidade de famílias com um ente querido em situação de final de vida.** Rev Cuid. 2017; 8(2): 1616-27.
<http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v8i2.391>

MOSCOVISI Serge. **Representações sociais: investigações em psicologia social.** Petrópolis: Vozes, 2009. 404 p.

NIGHTINGALE, Florence. **Notes on nursing: what it is and what it is not.** Philadelphia: J.B. Lippincott Company; 1946.

PEPLAU, Hildegard E. **Interpersonal relations in nursing: a conceptual frame of reference for psychodynamic nursing.** New York: Springer Publishing Company; 1991. Reprint. Originally published: Houndmills, Basingstoke, Hampshire Macmillan; 1988.

RODRIGUES, Fernanda Silva de Souza; POLIDORI Marlis Morosini. **Enfrentamento e Resiliência de Pacientes em Tratamento Quimioterápico e seus Familiares.** Revista Brasileira de Cancerologia 2012; 58(4): 619-627.

ROSSATO K; BACKES DS; COSTENARO RGS; ZAMBERLAN C. **A dimensão espiritual do cuidado de enfermagem: revisão narrativa.** In: Sousa FGM, Backes DS, organizadores. Cuidado em Enfermagem e Saúde: diversidades e complexidade. Florianópolis: Papa-Livro, 2015. p. 37-56.

SILVA, Cristiane de Fátima et al. **Espiritualidade e religiosidade em pacientes com hipertensão arterial sistêmica.** Rev. Bioét. [online]. 2016, vol.24, n.2, pp.332-343. <https://doi.org/10.1590/1983-80422016242134>.

SILVA, Maria Julia Paes da et al. **Comunicação tem remédio: comunicação nas relações interpessoais em saúde.** 9a ed. São Paulo: Loyola; 2013.

SIMÕES, Naiane Dias et al. **Espiritualidade e saúde**: Experiência de uma disciplina na graduação de enfermagem. Rev Enferm UFSM, 2018, p. 181-191. DOI: <http://dx.doi.org/10.5902/2179769225038>

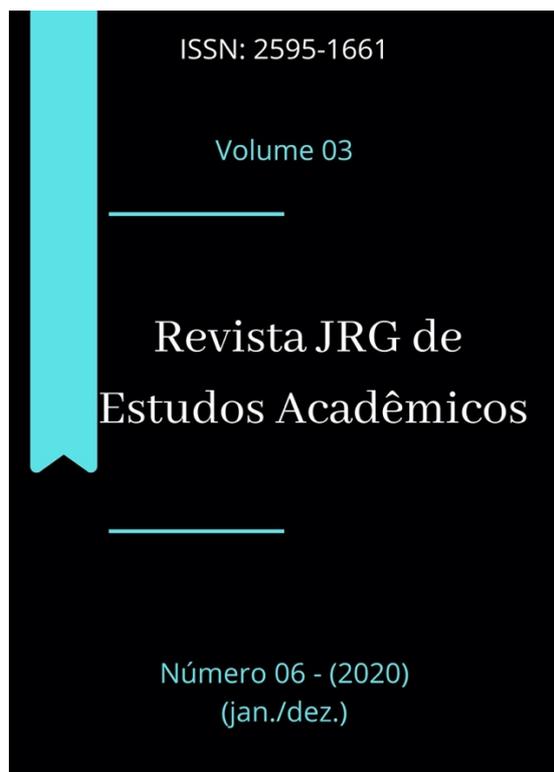
SIQUEIRA, Hedi Crecencia Heckler de; MEDEIROS Adriane Calvetti de; ZAMBERLAN Claudia. **Configuração da gestão do cuidado de enfermagem na UTI**: enfoque ecossistêmico com base nas políticas públicas. Sousa FGM, Backes DS, organizadores. Cuidado em Enfermagem e Saúde: diversidades e complexidade. Florianópolis: Papa-Livro, 2015. 307-35.

SIQUEIRA, Hedi Crecencia Heckler de; CECAGNO Diana; MEDEIROS Adriane Calvetti de et al. **Espiritualidade no processo saúde-doença-cuidado do usuário oncológico**: olhar do enfermeiro. Rev Enferm UFPE on line., Recife: 2017, p. 2996-3004. DOI: 10.5205/reuol.11064-98681-4-ED.1108201702

SOUZA, Maria das Graças Gazel de. **Representações sociais do câncer para o familiar do paciente oncológico em tratamento quimioterápico**. [Dissertação]. Universidade Estadual do Rio de Janeiro; 2011.

STEFANELLI, Maguida Costa; CARVALHO, Emilia Campos de. **A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem**. 2a ed. São Paulo: Manole; 2012.

WARNOCK C. **Breaking bad news: issues relating to nursing practice**. Nurs Stand. 2014 Jul 15 [cited 2016 June 25];28(45):51-8. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25005417>> Acesso em: 10 jan, 2020.



Tramitação Editorial:

Data de submissão (recebimento):

01/01/2020.

Data de reformulação: 10/02/2020

Data de aceitação (expedição de carta de aceite): 01/03/2020

Data de disponibilização no site (publicação): 20/03/2020

Publicado: 2020-03-20

A REFORMA PSIQUIÁTRICA NA CONCEPÇÃO E PRÁTICA DE UMA EQUIPE TRANSDISCIPLINAR DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE EM UM CENTRO DE CONVIVÊNCIA.

The psychiatric reform in the conception and practice of a transdisciplinary team of health professionals in a center of coexistence.

*Simone Aparecida Noronha de Souza¹
Geovane Mendonça Santos²
Me. Walquiria Lene dos Santos³*

Resumo³

Este artigo aborda o desenvolvimento e resultados de uma pesquisa, realizada em um Centro de Convivência Psicossocial do Município de Santo Antonio do Descoberto, o objetivo deste estudo foi analisar a percepção da equipe transdisciplinar do Centro de Convivência Mansão Vida, e compreender como os profissionais veem o serviço em que estão inseridos considerando a Reforma Psiquiátrica, os aspectos que facilitam e dificultam esta atuação. Adotou-se, para este fim, abordagem quantitativa, através de um questionário objetivo, com 35 trabalhadores da instituição, os resultados obtidos apontam que, a percepção da equipe transdisciplinar sobre a reforma psiquiátrica, está dividida entres as categorias, tendo em vista que apenas 47% dos profissionais estudados são conhecedor do processo da reforma psiquiátrica, e em sua maioria composta enfermeiros e técnicos de enfermagem. Concluiu-se 53% dos trabalhadores apresentaram dificuldades no conhecimento da lei, 10.216/01 que rege o processo da reforma psiquiátrica, no entanto a prática a assistência dos pesquisado ao paciente portador de transtorno mental, está condizente com os princípios, da reforma psiquiátrica, sendo notória a humanização no atendimento, a centralidade médica, e a inclusão de familiares

¹ Enfermeira Especialista em Saúde Mental e Docente da Faculdade de Ciências e Educação Sena Aires.

² Enfermeiro graduado pela Faculdade de Ciências e Educação Sena Aires e Especialista em Urgência e Emergência.

³ Mestre em Enfermagem. Docente da Faculdade de Ciências e Educação Sena Aires.

em processo terapeuta. Pontua-se aqui que a instituição explore, mas em investimento teórico a respeito da reforma psiquiátrica, qualificando ainda mais sua equipe transdisciplinar.

Palavras-chaves: Reforma Psiquiátrica. Trabalho em equipe transdisciplinar Interdisciplinaridade. Serviços de Saúde Mental.

Abstract

This article deals with the development and results of a research carried out in a Psychosocial Cohabitation Center of the Municipality of Santo Antonio do Descoberto. The objective of this study was to analyze the perception of the transdisciplinary team of the Living Life Cohabitation Center and to understand how professionals see the service in which they are inserted considering the Psychiatric Reform, the aspects that facilitate and make difficult this action. For this purpose, a quantitative approach was adopted through an objective questionnaire with 35 employees of the institution, the results obtained indicate that the perception of the transdisciplinary team on psychiatric reform is divided among the categories, considering that only 47% of the professionals studied are knowledgeable about the process of psychiatric reform, and mostly comprised nurses and nursing technicians. It was concluded that 53% of the workers presented difficulties in the knowledge of the law, 10.216 / 01 that governs the process of psychiatric reform, however practice the assistance of those surveyed to the patient with mental disorder, is consistent with the principles of psychiatric reform, being notorious the humanization in care, the medical centrality, and the inclusion of family members in the therapist process. It is pointed out here that the institution explores but theoretical investment on psychiatric reform, further qualifying its transdisciplinary team.

Keywords: Psychiatric Reform. Transdisciplinary teamwork Interdisciplinary. Mental Health Services.

Introdução

A reforma psiquiátrica no Brasil vem configurando-se como um movimento com diferentes graus de adesão e entendimento, por parte dos profissionais e de alguns segmentos da sociedade. Conhecida também como a lei de Paulo Delgado foi promulgada em 2001, no entanto desde o final da década de 1970, foram feitas mobilizações sociais e políticas que impulsionaram no processo de desinstitucionalização no Brasil (ANTUNES, QUEIROZ, 2007).

O processo da lei 10.216 que rege a reforma psiquiátrica ainda esta em andamento, enfrentando dificuldades e gerando questionamento, que deixa dividido visões políticas e sociais, no entanto considera um passo essencial para garantia dos direitos humanos e da cidadania (BRASIL, 2001).

A reforma psiquiátrica brasileira alterou a política pública, trocou-se o modelo hospitalocêntrico, pelo modelo de atendimento psiquiátrico comunitário, baseado em serviços de saúde mental descentralizados, e o atendimento com multiprofissionais, embora marco inegável para a consolidação do atendimento psiquiátrico comunitário, a promulgação da Lei 10.216 não foi um ato isolado, sendo o resultado de um árduo processo científico-político-social, no final da década de 1970 em contexto brasileiro (ANTUNES, QUEIROZ, 2007).

Apesar das conhecidas dificuldades enfrentadas pelo sistema de saúde pública no Brasil, o cenário psiquiátrico brasileiro vem mudando, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) espalhados pelo país vêm modificando fortemente a estrutura da assistência à

saúde mental, substituindo progressivamente o modelo hospitalocêntrico e manicomial, de características, opressivas e reducionistas (AMSTALDEN, PASSOS, 2005).

Há modelo de assistência psiquiátrica ainda predominante no Brasil, com base na legislação de 1934, que propõe fundamentalmente, a hospitalização e o asilamento do doente mental, visando atender, sobretudo, a segurança da ordem e da moral pública. Embora predominante este modelo seja atualmente considerado falido e sua base ideológica, desmistificada (MOURA, 1987)

A reforma psiquiátrica vem se desenvolvendo no Brasil há várias décadas, mais precisamente a partir do final dos anos setenta. O movimento aponta as inconveniências do modelo que fundamentou os paradigmas da psiquiatria clássica e tornou o hospital psiquiátrico a única alternativa de tratamento, facilitando a cronicidade e a exclusão dos doentes mentais em todo o país. A reforma psiquiátrica, hoje defendida, é fruto de maior maturidade teórica e política, alcançada ao longo das últimas décadas, com maior conscientização da sociedade civil organizada (DELGADO, et al, 2007)

Na proposta trazida pela Reforma Psiquiátrica, com vistas à redução progressiva de leitos psiquiátricos, destacam-se os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Residenciais Terapêuticos e os Centros de Convivência, descentralizando e territorializando o atendimento em saúde, conforme previsto na Lei Federal que institui o Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil (BRASIL, 2001).

Esses novos espaços extra-hospitalares possuem, dentre os seus objetivos, a busca pela reabilitação psicossocial dos portadores de transtorno mental, com a utilização de instrumentos de reorientação sociocultural, mantendo a responsabilidade de promover, em sua prática cotidiana, o acolhimento e o respeito aos usuários. Uma das estratégias é assistir os usuários de forma integral e inseri-los na comunidade, sem perder o vínculo com a família (ALVES R.L, PANSIERA, MORENO, 2006)

Percebe-se que, na prática assistencial de uma equipe multidisciplinar, existe a troca de conhecimento e ações profissionais, ficando impossível distinguir suas atribuições isoladamente, o trabalho interdisciplinar, os papéis e funções profissionais sobrepõem-se uns aos outros, tornando-se uma assistência eficaz e organizada diferentemente, do modelo adquirido antes da reforma psiquiátrica, porém vários fatores ainda tende-se a melhorar, o conhecimento histórico sobre a reforma psiquiátrica quando visto e analisado de perto, pode-se dar uma assistência humanizada voltada ao portador de transtorno mental com um olhar diferenciado que gere reflexões a cerca dos conceitos e praticas dos trabalhadores da área (BRASIL, 2001).

Esta pesquisa teve por objetivo identificar a percepção e o conhecimento da equipe multidisciplinar do Centro de Convivência Mansão Vida acerca da prática assistencial em saúde mental, fazendo análise dos dados pesquisados com a equipe multidisciplinar, instigando a refletir se os profissionais pesquisados conhecem alguns dos aspectos da reforma psiquiátrica e se o discurso é aplicado a prática.

Materiais e Métodos

A pesquisa foi realizada através de um estudo descritivo analítico com abordagem quantitativa, desenvolvido no Centro de Convivência Psicossocial do Município de Santo Antônio do Descoberto a coleta de dados foi realizada em agosto de 2017. A amostra foi composta enfermeiros, médicos, técnicos de enfermagem e terapeutas. Os critérios de exclusão da pesquisa foram de profissionais que trabalham na instituição mas não tem contato direto com o portador de transtorno mental.

O instrumento de coleta de dados foi estruturado por meio de um questionário com perguntas objetivas, que foi respondido individualmente.

Após a coleta de dados, realizou-se o método de estatística simples, e para a estruturação dos resultados da pesquisa foram gerados gráficos.

Resultados e Discussão

Os dados foram coletados no Centro de Convivência Mansão Vida, distribuído 35 questionários, onde foram gerados gráficos a partir de dados colhidos entre profissionais da saúde.

Os resultados demonstraram que nos entrevistados em sua maior parte, a idade dos profissionais de saúde pesquisados se concentra entre 26 e 35 anos, somente 6% foi apresentado em 20 a 25 anos. Os dados demonstraram que dois terços dos entrevistados foram protagonizados pelo sexo masculino correspondente a 22% seguido pelos 16% do sexo feminino 62% não responderam a este quesito.

Analisando os resultados, as profissões estudadas foram definidas procurando estabelecer uma aproximação com o ciclo de formação vigente – básico, médio, graduação, pós-graduação o que, claro, não necessariamente reflete esse fato. Trata-se, apenas, de um método de escolha, tendo como resultado, os técnicos de enfermagem (47%) correspondente a grande parte dos funcionários pesquisados, seguido, por Enfermeiros (31%), médicos (9%).

Quando questionados sobre o conhecimento da lei 10.2016/01 que rege o processo da Reforma Psiquiátrica, pode-se analisar que 47% dos funcionários afirmaram ser conhecedores da lei, entretanto percebe-se um déficit de 53%, de profissionais que desconhecem ou sabem pouco a respeito da lei.

LEI N. 10.216, DE 6 DE ABRIL DE 2001. Fala sobre os modelos substitutivos da reforma psiquiátrica, descrevendo os direitos da pessoa em sofrimento mental e descreve a inserção social do paciente e da família direcionando a assistência por meio da rede do sistema de fluxo e contra-fluxo. Dentre os direitos cita-se a inclusão e encaminhamentos do paciente e seus familiares ao Núcleo de atendimento a saúde da família, a inclusão da família para alcançar o tratamento e a reabilitação por meio do projeto singular terapêutico. Utilizar de técnicas menos invasivas a ser tratada em ambiente terapêutico respeitando os limites e singularidades de cada paciente e familiar. A legislação prioriza o convívio do paciente com os familiares e rede de apoio comunitária bem como a assistência psicossocial por meio da atenção básica de saúde, os CAPs, as residências terapêuticas, os programas de volta para casa, alerta que em caso de internação esta deve ser a última opção como tratamento e que os locais onde estes pacientes serão encaminhados para a permanência deverão ter todo o suporte humano, de estrutura e de equipamentos não seguindo modelos asilares (BRASIL, 2001).

Quanto ao tempo de serviço, os dados demonstra que, em sua grande maioria de funcionários estão em atividade a menos de cinco anos e entre eles se dividem de 1 a 2 anos correspondem um total de 44%, e 1 a 2 anos a 47%. Somente 6% relataram tempo de serviço superior a 7 anos.

Quando perguntado sobre o atendimento humanizado prestado ao paciente, fundamentado nos princípios da Reforma Psiquiátrica, os dados apontam que mais da metade (69%), dos funcionários tem prazer em oferecer o atendimento humanizado, tendo ¼ 31% dos profissionais que dizem ser dever da equipe.

Quando questionados sobre a realização profissional na sua área de atuação percebe-se que os profissionais estudados em sua grande maioria 91% se sentem realizados com sua área de atuação, apenas 3% dos funcionários, dizem não estão satisfeitos em sua área de trabalho.

O Estudo pesquisou sobre as vantagens da terapia ocupacional, percebendo que 75% relataram que esta terapia é essencial ao tratamento do cliente, 25% acredita que por meio da terapia ocupacional existe a oportunidade para o cliente expressar seus sentimentos.

O uso das atividades também possibilita uma melhor observação do doente e a participação, é quando se estabelece o que hoje se denomina Terapia Ocupacional dentro do “modelo médico”, assim são prescritas atividades específicas para cada doença ou síndrome (MEDEIROS apud RIBEIRO, 2005)

A terapia ocupacional é uma profissão que consegue abranger vários conhecimentos de várias disciplinas, a terapia ocupacional esta caracterizada como de fundamental importância na construção de novos rumos para a atenção à saúde de forma integral e na perspectiva da totalidade, individualidade e subjetividade (BARROS, GHIRARD e LOPES, 2002).

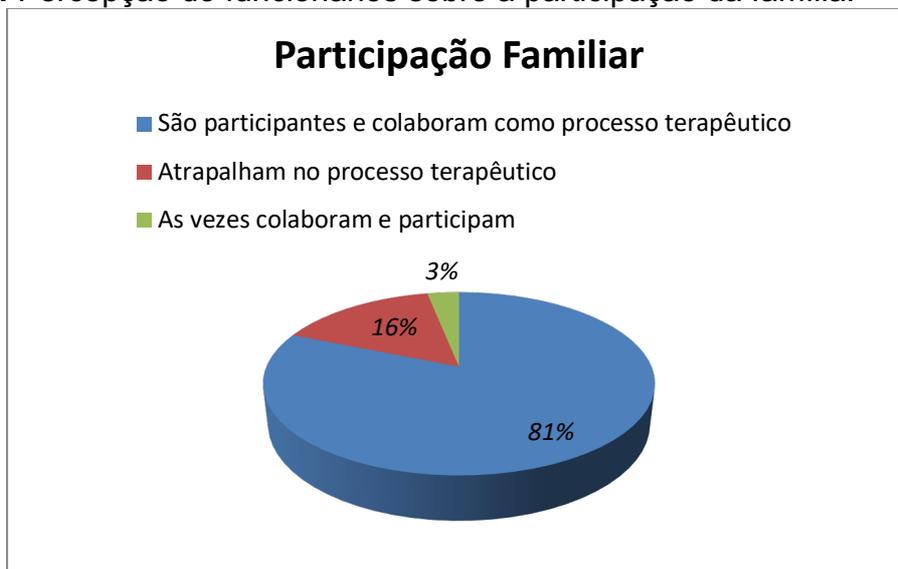
GRÁFICO 1: Existência de reuniões para discussão de problemas entre as categorias, visando a melhoria no atendimento.



Fonte: Próprio Pesquisador

Os dados gráficos mostram que quando perguntado sobre reuniões para melhorias no atendimento aos clientes, encontra-se uma divisão entre os profissionais, que participam correspondente a 47% que afirmam ter reuniões, para discussão de problema entre as categorias, 34% que dizem não saber de tal reunião, e 19% que dizem ter participado as vezes, as divergências nas participação das reuniões nos instigam para a importância dessas reuniões ser, abrangida como um todo, de maneira unânime, para que todas as categorias, possam interagir de forma igualitária.

GRÁFICO 2 : Percepção do funcionários sobre a participação da família.



Fonte: Próprio Pesquisador

A participação da família no processo terapêutico, é vista pelo profissional segundo dados estatísticos, em sua maioria 81% dos entrevistados percebe a participação da família como participantes que colaboram diretamente, com o tratamento, contudo ainda 16% acreditam que a família atrapalha no processo, nos levando a crê que existem casos diferenciados ou isolados em que a família não contribui a tratamento.

Muitas vezes a família pode se sentir estafada devido a disponibilidade de um tempo maior de convivência com o ente com transtorno mental, já que ele não vive mais no hospital psiquiátrico. As tarefas corriqueiras de cuidados desenvolvidos com a pessoa com transtorno mental pode deixar os familiares esgotados, levando os membros da família a necessidade de modificar as expectativas quanto ao futuro de seu familiar com transtorno mental e quanto ao que acontecerá com a própria família ao longo dos anos, o que pode gerar consequências negativas em sua vida social, afetiva e profissional (CONSTANTINIDIS & ANDRADE, 2015).

GRÁFICO 3 : A desinstitucionalização como um parâmetro que a Reforma Psiquiátrica.



Fonte: Próprio Pesquisador

A desinstitucionalização é um parâmetro que a Reforma Psiquiátrica estabelece, os profissionais estudados demonstraram que os clientes moradores são visto pelos profissionais em sua grande maioria, 60%, como abandono familiar, 27% veem como comodidade familiar, apenas 5% não possui familiares responsáveis por eles.

Desde 1970 o processo da reforma psiquiátrica vem sendo construído por meio dos movimentos dos trabalhadores em saúde mental, familiares e pacientes, buscando minimizar os preconceitos com relação aos pacientes com sofrimento mental. Com a lei 10.216/01 conhecida como Lei Paulo Delgado, o movimento se fortalece (AMARANTE, 1996; DAÚD, 2000).

O processo da desinstitucionalização, ainda em amplo e não totalmente alcançável em toda a sua espera tendo em vista que os familiares não estão preparados para receber o paciente institucionalizado há muitos anos e os funcionários não estão totalmente preparados, questionando sobre a atuação da família, com julgamentos desnecessários (AMARANTE, 1996).

A pesquisa demonstrou que o modelo transdisciplinar, oferecido na instituição, para o tratamento do cliente é de suma importância, é notável que se levado em consideração

os 9% dos profissionais que não optaram na questão, 91% dos funcionários consideram o modelo transdisciplinar o carro chefe do atendimento ao cliente.

Conclusão

Os dados obtidos sobre a percepção dos profissionais de um Centro de Convivência Psicossocial do Município de Santo Antônio do Descoberto apontam que, a percepção da equipe transdisciplinar sobre a reforma psiquiátrica, está ligada muito mais ao conhecimento sobre o cuidado técnico científico, percebe-se que há pouco conhecimento a respeito da reforma psiquiátrica, entretanto quando levado em consideração a prática é correspondida aos preceitos da reforma, a assistência humanizada se dar não por conhecimento do processo da reforma psiquiátrica, tendo em vista que mais da metade dos entrevistados se quer sabiam a respeito da lei 10.2016/01, no entanto a percepção dos profissionais que são conhecedores do processo da reforma, e que colocam em prática, nos leva a crer, que influenciam na percepção dos que desconhecem os preceitos da reforma psiquiátrica, isso fica evidente pelo quantitativo de profissionais que dizem esta satisfeitos com suas áreas de atuação.

Vale ressaltar que a percepção e prática dos profissionais que fazem parte da equipe transdisciplinar, esta presente nos profissionais de nível superior, Enfermeiros, Médicos, percebeu-se que a equipe de técnicos e cuidadores pouco sabem respeitos e seguem a um protocolo, já estabelecido o que nos leva a crer na eficácia do atendimento humanitário visto no estudo.

Referências

ALVES R.L, PANSIERA DCB, MORENO V. A reforma psiquiátrica e o seu significado para os auxiliares de enfermagem em um centro de atenção psicossocial. *Enferm. Atual.* 6 (33):15-48. 2006

AMSTALDEN, A; PASSOS, E. A reforma psiquiátrica brasileira e a política de saúde mental. 2005.

AMARANTE, P. O homem e a serpente: outras histórias para loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 1996.

ANTUNES, S.M.M.O.; QUEIROZ, M.S. A configuração da reforma psiquiátrica em contexto local no Brasil: uma análise qualitativa. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 23 (1): 207-215, jan, 2007.

BARROS DD, GHIRARD MIG, LOPES RE. Terapia ocupacional social. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, 2002;13(3):9 5-103.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde, Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil.200.

CONSTANTINIDIS, T. C., & ANDRADE, A. N. (2015). Demanda e oferta no encontro entre profissionais de saúde mental e familiares de pessoas com sofrimento psíquico. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(2), 333-342.

DAÚD, J. N. Considerações histórico-conceituais sobre a instituição psiquiátrica no Brasil e a desinstitucionalização do "doente mental" . In: BOARINI ML, organizadora. *Desafios na atenção á saúde mental*. Maringá, SP: Eduem; 2000. p 31-64.

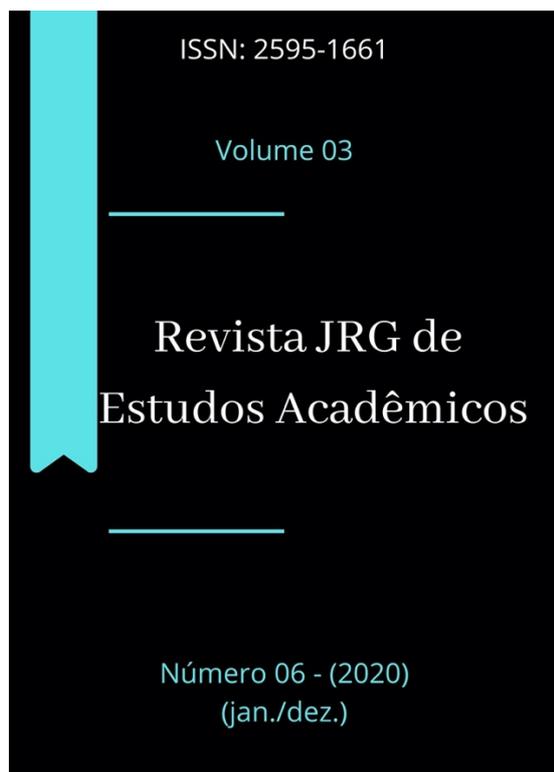
DELGADO, P. G. G., SCHECHTMAN, A., WEBER, R., AMSTALDEN, A. F., BONAVIGO, E. CORDEIRO, F. PÔRTO, K. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. In M. F. Mello, A. A. F. Mello & R. Kohn (Eds.), *Epidemiologia da saúde mental no Brasil* (pp. 39-83). Porto Alegre, Brasil: Artmed. (2007).

LACCHINI, A. JEANNINNE. B; RIBEIRO, D. BERTASSO; SOCCOL, K. L. S; TERRA, M. G; SILVA, R. M; A Enfermagem E Saúde Mental Após A Reforma Psiquiátrica; *Revista contexto & Saúde*; Editora UNIJUIV. 10 n.20 Jan/jun.2011.

MEDEIROS apud Ribeiro M.B.S, OLIVEIRA L.R. Terapia ocupacional e saúde mental: construindo lugares de inclusão. *Interface*. 2005; 9 (17): 425-431.

MOURA, F.D.M.N. Bases para uma reforma psiquiátrica. In: Marsiglia R, DALARI D, COSTA JF. *Saúde mental e cidadania*. São Paulo: Mandacarú; 1987. p. 57-65.

QUEIROZ, M. S; DELAMUTA, L. A. Saúde mental e trabalho interdisciplinar: a experiência do "Cândido Ferreira" em Campinas. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro , v. 16, n. 8, p. 3603-3612, Aug. 2011. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000900028&lng=en&nrm=iso>. access on 14 Mar. 2020



Tramitação Editorial:

Data de submissão (recebimento):
01/01/2020.

Data de reformulação: 10/02/2020

Data de aceitação (expedição de carta de aceite): 01/03/2020

Data de disponibilização no site (publicação): 20/03/2020

Publicado: 2020-03-20

ÓBITO E LUTO: OS DESAFIOS ENCONTRADOS PELA EQUIPE DE ENFERMAGEM

Death and mourning: the challenges encountered by nursing staff

*Simone Aparecida Noronha de Souza¹
Samara Costa da Rocha Nogueira²
Me. Walquiria Lene dos Santos³
Ana Lúcia Mendonça dos Santos⁴*

Resumo

O artigo aborda questões relativas ao óbito e os desafios encontrados pela equipe de enfermagem. A morte é um evento biológico que encerra uma vida, é um dos acontecimentos que mais ocasionam interrogações na história do homem. A pesquisa objetivou identificar os desafios encontrados pela equipe de enfermagem diante do óbito, avaliando se esses profissionais estão preparados para tais situações. Estudo de abordagem transversal descritiva quantitativa, utilizando-se para coleta de dados, realizada mediante questionário aplicado à equipe de enfermagem de um hospital em Brasília situada no DF. Os dados demonstraram que apesar de 77,5% não possuir fornecimento de capacitação ou estratégias para equipe, 72,5% sentem-se preparados diante do óbito, contudo o maior desafio encontrados por eles é lidar com o sofrimento da família 67,5%, levando assim ao sentimento de muita tristeza com 70%. Os resultados apontam profissionais em despreparo psicológico e emocional. Conclui-se a necessidade de capacitação de maneira individual e coletiva.

¹ Enfermeira Especialista. Coordenação de Estágios da Faculdade de Ciências e Educação Sena Aires.

² Enfermeira Graduada pela Faculdade de Ciências e Educação Sena Aire

³ Mestre em Enfermagem. Coordenação do curso de Enfermagem da Faculdade de Ciências e Educação Sena Aires

⁴ Pedagoga. Especialista em Didática do Ensino Superior em EAD.

Palavras chaves: More. Qualidade de vida. Família e Saúde dos Profissionais

Abstract

The article addresses issues related to death and the challenges encountered by the nursing team. Death is a biological event that ends a life, it is one of the events that most cause questions in the history of man. The research aimed to identify the challenges faced by the nursing team in the face of death, assessing whether these professionals are prepared for such situations. Cross-sectional quantitative descriptive study, using for data collection, carried out through a questionnaire applied to the nursing staff of a hospital in Brasília located in DF. The data showed that although 77.5% do not have provision of training or strategies for the team, 72.5% feel prepared in the face of death, however the biggest challenge they encounter is to deal with the family's suffering, with 67 , 5%, and this leads to a feeling of great sadness with 70%. The results point professionals in psychological and emotional unpreparedness. It concludes the need for training individually and collectively.

Keywords: Death. Quality of Life. Family. Health professionals

Introdução

O sofrimento no fim da vida é um desafio que se apresenta aos profissionais de saúde nesta era tecnológica. Muitas pessoas preferem evitar o tema quando o assunto é morte, pois arremete a um processo que acarreta profundas reações emocionais. A morte é um acontecimento difícil para todos, sejam filhos, sejam pais, familiares e profissionais da área de saúde, por gerar sentimentos de dor, inconformidade, negação e saudade. ¹

A morte é um evento biológico que encerra uma vida, é um dos acontecimentos que mais ocasionam interrogações na história do homem. É fenômeno irreversível, sua definição ainda não é precisa. A morte incomoda e desafia a onipotência humana e profissional, pois esses profissionais são capacitados para cuidar da vida e não da morte. No entanto, para uma infinidade de pessoas, a morte é ainda vista como um acontecimento alheio, longe da realidade e do cotidiano moderno. Em meio a esta situação conflituosa, é preciso haver equilíbrio e bom senso ²

A morte pode conter vários significados, de acordo com sua formação cognitiva, estrutural e religiosa de cada pessoa. Porém, na sociedade contemporânea ocidental, a finitude é pouco discutida, excluída do âmbito social, tornando-se um tabu. ³

Na antiguidade sempre havia uma enfermidade que para algumas pessoas tinha conotação mágica, sagrada ou demoníaca. A lepra, por exemplo, era uma das doenças que curá-la era um dos milagres mais frequentes na vida de Cristo. Na Idade Média era a Sífilis e atualmente o câncer é uma doença considerada como tabu. ^{3,4}

A equipe de enfermagem está exposta a casos de enfrentamento da morte sob seus cuidados, encontrando dificuldades em encará-la como parte integrante da vida, tendo-a como resultado do fracasso terapêutico e do esforço pela cura. ⁵ Profissionais de saúde carregam sobre si uma responsabilidade muito grande em manter os pacientes com vida, e acabam lidando com a morte como algo proveniente de um acidente diante do propósito da sua profissão que é a de salvar vidas, trazendo para si um sentimento de fracasso até mesmo da própria equipe, causando-lhes tristeza, angústias e muitas das vezes derrota.

Enfrentar a morte a todo o momento tornou-se missão primordial para quem trabalha na área da saúde, ainda mais devido ao avanço da ciência, das técnicas cirúrgicas, do surgimento de tecnologias que permitem o prolongamento da vida de pacientes terminais, da produção de medicamentos em larga escala. ⁶

Nota-se que devido à ausência de abordagem sobre o tema por parte das academias, muitos profissionais de enfermagem sentem-se despreparados para lidarem com situações que envolvam a morte.⁷

Os enfermeiros, profissionais cuja presença se faz de maneira ainda mais constante no cuidado junto a pessoas que vivenciam a sua finitude, experimentam de maneira potencializada os sentimentos conflitantes sobre morte⁸

Acadêmicos de enfermagem, progressivamente estão indo a campo de estágio sem o devido preparo para lidar com a morte, e com isso o despreparo para lidar com esse tema, visto que este deveria ser abordado durante a graduação com mais enfoque, para que haja um preparo psicológico ainda no próprio ambiente acadêmico, fazendo com que se tornem aptos a encarar e lidar com qualquer tipo de situação incluindo a morte.⁹

Sendo assim, a convivência diária com a morte não isenta os profissionais de expressão de sentimentos ruins, pelo contrário, é fundamental que compreendam melhor esse fato, para poderem sofrer menos, controlar suas emoções, pois falar sobre morte sempre assustou o ser humano.⁵

Os profissionais de enfermagem têm um papel muito importante diante da pessoa em processo de morte; o cuidado é uma questão presente em seu cotidiano, o que pela sua proximidade com a pessoa doente, pode causar-lhes sentimentos como tristeza, frustração, raiva, fuga e até negação, por não conseguirem manter a vida.⁴

É necessário que a equipe de enfermagem aprenda a lidar com as perdas e faça com que esse período se torne o mais confortável possível ao paciente e aos seus familiares. Esse é um desafio muito grande que tem sido discutido entre as equipes multidisciplinares.

A morte incomoda e desafia a onipotência humana e profissional, pois os profissionais da saúde são ensinados a cuidar da vida, mais não da morte. Prova deste fato é que na maior parte dos cursos de formação de profissionais da saúde, não existe uma disciplina curricular que trate do assunto de forma não defensiva e biologicista.⁴

A morte se tornou uma verdade para quem cuida, para todos os profissionais. A morte passou a assustar, a causar pânico, a ser negada também pelo profissional, que a interpreta como a negação de seu trabalho, de seu objetivo de salvar vidas.⁶

A morte, historicamente, passando ao hospital, teve o seu negar como uma ação coletiva, social. Escondeu-se o medo, o pavor, o morto e a doença incurável. Assim, a morte escondida pareceu aliviar a vida exterior ao hospital; no entanto, deu oportunidade ao trabalhador da área de saúde lidar com ela como parte de seu cotidiano, mesmo incompreendida e aceita com restrições, gerando angústias, ansiedade e mais negação.⁶

É explicável, em algumas instâncias, o fato de estudantes e profissionais sentirem-se impotentes diante da perda de um paciente que está sendo assistido ou reanimado. Esse “fracasso” não se traduz somente como um fracasso nos cuidados empreendidos, mas como uma derrota diante da morte e da missão implícita das profissões em saúde: salvar o indivíduo, minimizar sua dor e seu sofrimento, trazê-lo à vida.⁶

O “cuidar” é algo inerente ao ser humano. Cuidamos do nascimento até a morte. A enfermagem é uma profissão direcionada ao cuidar e norteada por princípios científicos, técnicos, administrativos e éticos.³

No âmbito acadêmico, a temática da morte e sua vivência são relegadas ou excluídas da formação dos enfermeiros, não havendo uma disciplina específica sobre o tema que valorize e ressalte a esfera humanística e filosófica, potencializando a sensação de que somente o reestabelecimento da saúde faz parte de uma boa assistência.³

Os profissionais de enfermagem, mesmo trabalhando há algum tempo com pacientes graves, não se habitam a situações de morte e muitos não compartilham esses sentimentos com seus colegas, aumentando ainda mais a tensão. O envolvimento é muito grande, e esses profissionais sentem-se impotentes, muitos até choram, pois acreditam ser o momento de expressar o sofrimento para aliviar sua própria dor.⁷ Quando os

graduandos de enfermagem se deparam com essa situação de morte, vêm um sentimento de frustração e incapacidade, devido ao despreparo, no entanto, eles sabem que não podem negar a existência da mesma, assim dificultando até o relacionamento entre aluno-paciente, onde referem apego e com isso gerando sentimentos de culpa, impotência e tristeza, trazendo assim o destaque para um elemento de extrema importância, que é enfrentar a morte do paciente e a abordagem perante seus familiares. Contudo, existe essa carência em abordar mais a fundo sobre o tema dentro das universidades, para que se desenvolva e os prepare para este momento. ^{10,11,12}

Diante disso, surge a necessidade da equipe de enfermagem quebrar o silêncio e ousar falar de seus medos, suas dores, do luto que deve ser elaborado, afim que o cuidado seja melhor prestado. É importante que esses profissionais se permitam entristecer, mais que não se sintam culpados. ⁵

O objetivo da pesquisa foi identificar os desafios encontrados pela equipe de enfermagem perante o óbito nos setores de Pronto Atendimento, Unidade de Clínica Médica, Unidade de Oncologia e Unidade de Terapia Intensiva de um hospital em Brasília.

Materiais e Métodos

O presente estudo buscou realizar uma abordagem quantitativa com delineamento transversal.

A amostra foi pesquisada após aprovação do Comitê de Ética e Pesquisas, sendo aprovada com o Número do Parecer: 2.411.180. CAAE: 77325417.8.0000.5595. Estas foram selecionadas através de pesquisa realizada no próprio Hospital, no período de Setembro e Outubro de 2017, fizeram parte deste estudo apenas os profissionais deste Hospital, que estavam presentes durante o período da coleta dos dados e que concordassem em assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Participaram desta pesquisa 40 Profissionais da equipe de Enfermagem, sendo 27 Técnicos de Enfermagem e 13 Enfermeiros. Não houve necessidade de mudança do esquema ou suspensão da pesquisa.

No tratamento e tabulação dos dados foi utilizado o programa da Microsoft Excel 2010, originando os gráficos e tabelas, onde se utiliza técnicas específicas, sendo este método utilizado para precisão de resultados com o objetivo de evitar distorções de análises e interpretações, dando margem de segurança em relação às conclusões.

Resultados e Discussão

A pesquisa foi efetuada através de questionário sociodemográfico; Óbito e Luto: Os desafios encontrados pela equipe de enfermagem, e de acordo com os resultados obtidos foram possíveis verificar que, das variáveis selecionadas para este estudo, as diferenças estatisticamente significativas com as diversas dimensões do bem-estar psicológico. O questionário com 14 perguntas com respostas de 01 a 05, e 12 domínios para apresentação dos resultados, sendo eles: sexo, estado civil, setor de trabalho, cargo exercido, tempo de atuação, estado emocional, contato com a morte, capacitação individual, capacitação da equipe, os resultados variam de 0 a 100.

No que se refere aos dados coletados, o sexo feminino demonstrou 72,50% da amostra e homens com 27,5% da participação do estudo. Mulheres são a maioria e ocupam cada vez mais espaço no mercado de trabalho, onde as mesmas buscam por uma qualificação, as mulheres são mais propensas as emoções, além disso, a tristeza na mulher também é mais intensa, já que nesses casos uma porção cerebral oito vezes maior que a dos homens é ativada ³.

O segundo tópico demonstra o estado civil dos profissionais, onde com 47,5% tem união marital, seguido de 7,5% com uma união estável, 37, 5% são solteiros e para compor a contagem 7,5% são divorciados, o que leva a ver que com as evoluções das sociedades atuais, vem ocorrendo um fenômeno diferente, este destruiu os antigos laços

e o que predomina é o individualismo, as pessoas vivem em um ritmo acelerado e ter o conforto da família é sempre bom.⁴

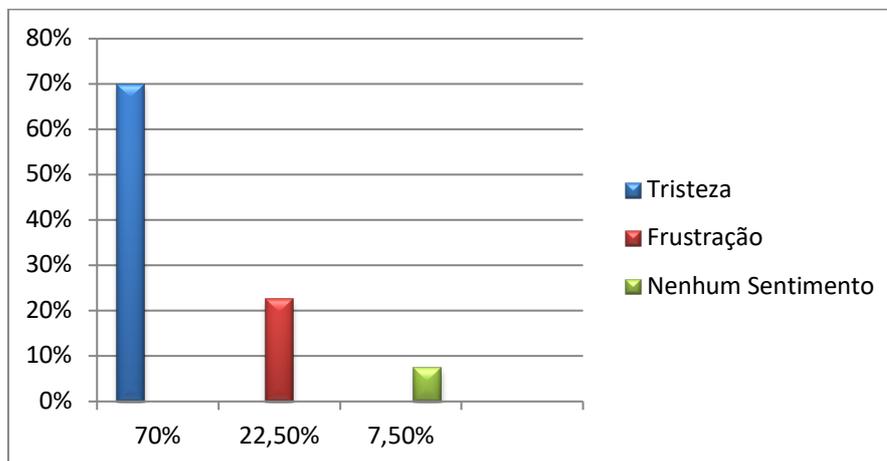
Podemos constatar uma concentração de 40% dos profissionais estão na Unidade de Terapia Intensiva, onde os mesmos são submetidos ao óbito todos os dias, seguido do setor de Oncologia com 25% de profissionais alocados, 20% se encontram no setor de clínica Médica e 15% no setor de pronto atendimento. Os profissionais de um modo geral vivenciam esse processo de morte e de morrer e assim expressam aqueles sentimentos que os levam à tristeza, a impotência e ao fracasso.³

Os cargos desenvolvidos pelos profissionais entrevistados se dividem em 67,5% são técnicos em enfermagem e 32,5% são enfermeiros, porém ambos exercem cargos que exigem bastante equilíbrio emocional, pois o contato direto com o paciente e os parentes os leva a ter vínculos afetivos e com isso levando a sofrimentos posteriores.⁶

No que se ao domínio de tempo de atuação exercido dentro da área, onde 47,5% dos profissionais exercem sua atividade a mais de 5 anos, o que lhes dá um pouco mais de tempo nesta jornada, porém o estado emocional que os arremetem a respeito do ponto de vista sobre a morte é que a mesma faz parte do seu dia - a - dia, outros 25% mais de 3 anos, 20% estão na área mais de um ano e somente 7,5% estão há menos de 6 meses, contudo, mesmo com o passar dos anos os profissionais sentem-se despreparados para enfrentar o processo da morte.³

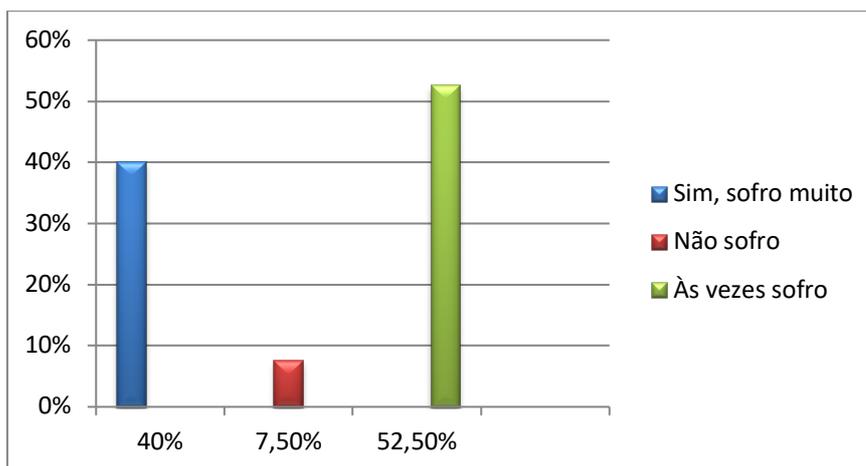
No que se refere a Análise Estatística do Domínio Estado Emocional do Ponto de Vista Sobre a Morte, entrevistados relatam que lidar com a morte é um encargo imprescindível para quem trabalha com a saúde, pois o mesmo além de lidar com o sofrimento pessoal, presta cuidados também à família². A pesquisa comprova estatisticamente que 70% das repostas diz que a morte faz parte, mas 17,50 % diz nunca ter se acostumado com tal situação e somente 12,50% já sabem lidar com isso, relatando que já se acostumaram.

Gráfico 1 - Análise Estatística do Domínio Estado Emocional. Sentimento Perante a Morte.



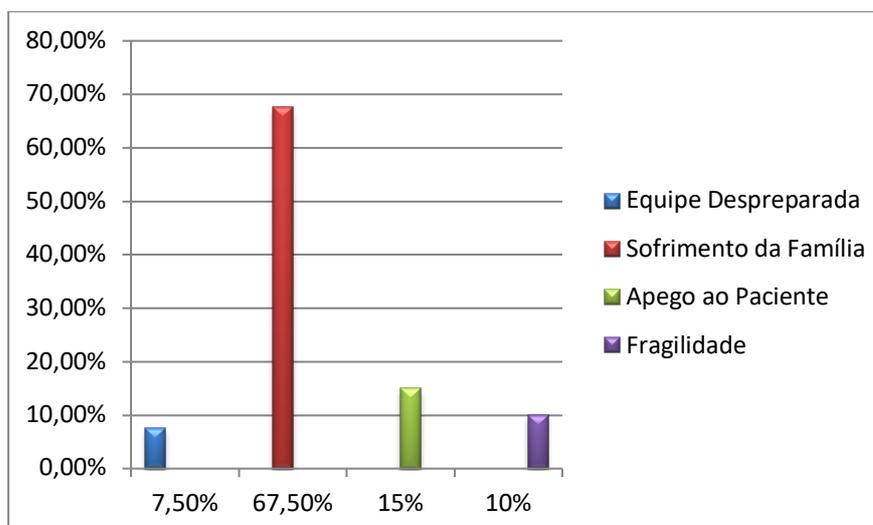
O sentimento desenvolvido pelos profissionais mediante a morte os predispõe ao medo a todo o momento, e é possível afirmar a proximidade diante da situação mais crítica, são as pessoas mais abordadas tanto pelo paciente como pela família, assim, passam a desenvolver sentimentos de afetividade com os mesmos.² Nos resultados apontados na pesquisa mostram a tristeza desenvolvida e vivida por esses profissionais, que 70% dos entrevistados afirmam ter esse sentimento, seguido pela frustração com 22,5% que também é bem experimentado no meio deles e somente 7,5% dizem não ter alteração nenhuma em relação a sentimento.

Gráfico 2 - Análise Estatística do Domínio Estado Emocional. Sofrimento Mediante Perda de um Paciente.



O gráfico apresentado entra em concordância com os apontamentos anteriores, onde, somente 7,5% dos entrevistados dizem não sofrer com tal situação, a pesquisa aponta ainda que em relação a perda do paciente 40% relatam sofrer muito e 52,5% diz que às vezes ocorre sentimento de sofrimento.

Gráfico 3 - Análise Estatística do Domínio Estado Emocional. Maior Desafio Enfrentado.



O maior desafio encontrado por esses profissionais a respeito do assunto em questão é lidar com o sofrimento da família, este lidera com 67,50%, seguido pelo apego ao paciente com 15%, a fragilidade consta com 10% e apenas 7,50% tem em sua concepção que a equipe está despreparada para lidar com tal situação. O enfrentamento em informar aos parentes e amigos não pode ser evitado, ao se deparar com as reações dos entes temem por perderem também o controle, o que causa ansiedade e desconforto.⁶

Dentre os entrevistados 40% tiveram seu primeiro contato com a morte no ambiente de trabalho, outros 32,50% passaram por essa situação em casa com seus parentes, seguidos de 27,50% que tiveram essa experiência em sua trajetória acadêmica, ou seja, no estágio. Durante a formação na área da saúde, já deve ser abordado tal situação, no entanto, estudantes e profissionais se sentem impotentes e isso pode arremeter como um fracasso nos cuidados empreendidos e da função que implica na profissão de saúde que é salvar vidas e minimizar o sofrimento e não deixá-lo morrer.⁶

De acordo com a pesquisa, os entrevistados sentem-se preparados para morte e pode lidar muito bem com ela, sendo seu percentual de 72,50%, e apenas 12,50% diz não estar preparado para esse tipo de situação, 15% se manifestou ser indiferente, caso tenha que passar por ela.

Mesmo com tais índices sendo apontados, somente 20% diz que sua equipe recebe capacitação e estratégias para lidar com a situação e 77,50% diz não receber capacitação alguma. Um total de 2,5% relataram não gostar de capacitações sobre o tema. Sem a capacitação devida uma equipe pode acabar lidando com a falta de manejo em tal processo podendo ocasionar fracasso, derrota, vergonha e muitos outros, e pode levar até mesmo ao distanciamento por parte do paciente ou familiar por perceberem que não tem domínio sobre tal situação.⁷

Conclusão

Considerando que a equipe de enfermagem tem uma atividade direta e intensa com o paciente e muitas das vezes com os familiares, mostra que é uma das profissões mais suscetível ao estresse. Contudo a presente pesquisa trouxe a possibilidade de analisar a experiência vivenciada por enfermeiros e técnicos de enfermagem que atuam em um Hospital de Brasília frente ao processo de morte e morrer do paciente, e observar a visão destes profissionais a esses pacientes e identificar como lidam com eles e suas famílias.

Conclui-se a necessidade de capacitação de maneira individual e coletiva. Cabem as equipes importantes e diferentes tarefas, nos quais irão desenvolver um programa de necessidades do hospital, o qual se deve levar em conta o indispensável equilíbrio entre as áreas de diagnóstico, de tratamento e internação. Seria o ideal que profissionais da saúde tivessem um bom preparo já desde a graduação, para lidar com a morte, pois muitos deles passam pela vida acadêmica sem de fato saber sobre a morte, a falta de preparo em lidar com o óbito muitas das vezes acabam por se envolver nos problemas do paciente, sendo que na verdade, eles teriam mesmo era que ajudar a resolver os problemas, já que isso acarreta uma série de problemas para eles, como: os sentimentos ruins de angústia, tristeza, luto, e até mesmo depressão, também passar confiança e segurança pra ele, e ainda ter um bom relacionamento com a família, já que são a ponte de ligação entre a família e o paciente.

A morte é um tema onde as pessoas não gostam muito de falar, até mesmo os profissionais de saúde que lidam com isso todo tempo, sabemos que a morte é algo inevitável, e que faz parte do ciclo natural de vida, mas mesmo assim elas preferem não comentar, ou falar sobre o assunto.

Com isso cada vez mais o tema óbito e luto tem sido algo bastante difícil de tratar, e assim o assunto vai sendo deixado de lado e quando realmente deve-se lhe dar com tal situação, as pessoas e até mesmo os profissionais de enfermagem, se sentem despreparados.

Referências

Mattos TAD, Lange C, Cecagno D, Amestoy SC, Thofehr MB, Milbrath VM. Profissionais de enfermagem e o processo de morrer e morte em uma unidade de terapia intensiva. Revista Mineira de enfermagem. 2009; 13(3).

Banazeski FTLL, Vargas BJV, Silva SS. O olhar da Enfermagem diante do Processo de Morte e Morrer de pacientes críticos: Uma revisão integrativa. Revista eletrônica trimestral de Enfermeira. 2016; 41 (1).

Salomé GM, Cavali A, Espósito VHC. Sala de emergência: o cotidiano das vivências com a morte e o morrer pelos profissionais de saúde. Revista Brasileira de Enfermagem. 2009; 62(5).

Brêtas JRS, Oliveira JR, Yamaguti L. Reflexões de estudantes de enfermagem sobre morte e morrer. Revista da Escola de Enfermagem da USP. 2006; 40(4).

Souza LPS, Ribeiro JM, Goncalves RRBR, Silva CSO, Barbosa DA. A morte e o processo de morrer: sentimentos manifestados por enfermeiros. Revista eletrônica trimestral de Enfermeira. 2013; 32 (1).

Silva ALL, Ruiz EM. Cuidar, morte e morrer: Significações para profissionais de enfermagem. Estudos de Psicologia (Campinas). 2003; 20(1).

Santos MA, Hormanez M. Atitude frente à morte em profissionais e estudantes de enfermagem: revisão da produção científica da última década. Ciência e Saúde Coletiva. 2013;18 (9).

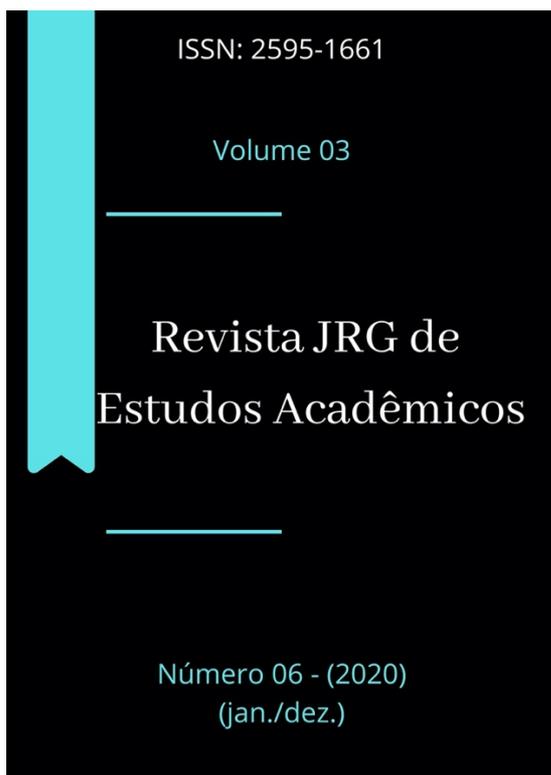
Bellato, R. et al. A abordagem do processo do morrer e da morte feita por docentes em um curso de graduação em enfermagem. Acta Paul .Enferm. São Paulo, v. 20, n. 3, 2007.

Saraiva DMRF. Atitude do enfermeiro perante a morte. Disponível em http://www.forumenfermagem.org/index.php?option=com_content&view=article&id=3505:atitude-do-enfermeiro-perante-a-morte&catid=205:abril-a-maio-2009.

Azevedo NSG, Carvalho PRA, Rocha CF. O enfrentamento da morte e do morrer na formação de acadêmicos de medicina. Rebem- Revista Brasileira de Educação Médica, v35, n:1 p.37-42, março 2011.

Bretas JRS, Oliveira, JR, Yamaguti L. A morte e o morrer segundo representações de estudantes de enfermagem. REE- Revista Escola de Enfermagem da USP, v41, n:3 p. 386-393, setembro 2007.

Barbosa MA, Pinho LMO. A relação docente-acadêmico no enfrentamento do morrer. REE- Revista Escola de Enfermagem da USP, v44, n:1 p. 107-112, março 2004.



Tramitação Editorial:

Data de submissão (recebimento):
01/01/2020.

Data de reformulação: 10/02/2020

Data de aceitação (expedição de carta de aceite): 01/03/2020

Data de disponibilização no site (publicação): 20/03/2020

Publicado: 2020-03-20

A IMPORTÂNCIA DA PRESENÇA DO PAI NAS CONSULTAS DE PRÉ-NATAL¹.
The importance of the father's presence in prenatal consultations

Thaís de Souza Silva²
MSc. Jonas Rodrigo Gonçalves³

Resumo

O artigo tem como tema: A importância da presença do pai nas consultas de pré-natal. Investigou-se o seguinte problema: Quais os benefícios da participação paterna na assistência de pré-natal? Cogitou-se a seguinte hipótese, a presença do homem nas consultas, o prepara para exercer a paternidade e traz benefícios físicos e emocionais para a gestante e o bebê. O objetivo geral é: evidenciar os benefícios da participação paterna nas consultas de pré-natal. Este trabalho é importante em uma perspectiva individual, pois é uma maneira de despertar o desejo dos pais, de estarem mais presentes. Para a ciência, é relevante por ser um incentivo para a criação de novas

¹ © Todos os direitos reservados para a Revista JRG de Estudos Acadêmicos, cujas citações deste artigo são permitidas desde que citada a fonte. Artigo de Revisão de Literatura elaborado como Trabalho Final do curso de Enfermagem da Unip no ano de 2020, sob orientação do professor MSc. Jonas Rodrigo Gonçalves. Este artigo contou com a revisão linguística de Roberta dos Anjos Matos Resende (61) 98484-9305, ou de Érida Cassiano Nascimento (61) 9 9306 4603 [revisoras que cobram R\$ 6,00 por página, mas pode ser o nome completo de outro(a) revisor(a), desde que formado(a) em Letras].

² Graduando(a) em Enfermagem pela Unip (Universidade Paulista). Thaís de Souza Silva. CV Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9191620388343267>. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1645-1362>. E-mail: thais.soouza2@hotmail.com

³ Doutorando em Psicologia; Mestre em Ciência Política (Direitos Humanos e Políticas Públicas); Licenciado em Filosofia e Letras (Português e Inglês); Especialista em Direito Constitucional e Processo Constitucional, em Direito Administrativo, em Direito do Trabalho e Processo Trabalhista, entre outras especializações. Professor das faculdades Processus (DF), Unip (SP) e Facesa (GO). Escritor (autor de 61 livros didáticos/acadêmicos). Revisor. Editor. CV Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6904924103696696>. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4106-8071>. E-mail: jonas.goncalves@institutoprocesso.com.br

estratégias, pesquisas e intervenções nesse domínio. Agrega a sociedade por trazer novos conhecimentos a respeito da importância da paternidade. Trata-se de uma pesquisa qualitativa teórica com duração de seis meses.

Palavras-chave: Pré-Natal. Gestação. Paternidade.

Abstract

The article's theme is the importance of the father's presence in prenatal consultations. The following problem was investigated: "What are the benefits of paternal participation in prenatal care?". The following hypothesis was considered "the presence of men in consultations, prepares them to exercise paternity and brings physical and emotional benefits to the pregnant woman and the baby". The general objective is "to highlight the benefits of paternal participation in prenatal consultations". This work is important from an individual perspective, as it is a way to awaken the parents' desire, to be more present; for science, it is relevant because it is an incentive for the creation of new strategies, research and interventions in this domain; aggregates society by bringing new knowledge about the importance of fatherhood. This is a qualitative theoretical research lasting six months.

Keywords: Prenatal. Gestation. Paternity.

Introdução

Sabemos que o homem não nasce pai, mas torna-se pai, entretanto não passa por todas as transformações físicas e emocionais que as mulheres percorrem durante a gestação, essa fase da paternidade demora mais para desenvolver. Assim, é importante que o homem esteja mais presente durante o período gestacional e reconheça que os benefícios acarretados com sua presença são um ponto importante para ajudar desenvolver o sentimento e o reconhecimento de seu novo papel.

A gestação necessita de ações que vão muito além do trabalho de parto, por isso é importante a inclusão do homem em todo o ciclo sexual, reprodutivo, no planejamento, familiar e no pós-parto. O SUS tem realizado estratégias para incluir os pais no acompanhamento do pré-natal, mas é uma demanda ainda muito difícil (COSTA; TOQUETTE, 2017, p.6).

Este artigo aborda o seguinte problema: quais os benefícios da participação paterna nas consultas de pré-natal? O envolvimento do homem na assistência da gestante é benéfico para ele e principalmente para ela e o bebê.

A participação do pai durante o acompanhamento da gestante tem influência muito positiva. De acordo com relatos de enfermeiras, o homem cria maior vínculo com a gestante, a apoia e auxilia durante todo o processo, aumenta o envolvimento nos cuidados direcionados ao bebê após o nascimento bem como fortalece a relação do casal (HENZ et al, 2017, p.10).

A hipótese levantada frente ao problema em questão foi: a presença do homem nas consultas de pré-natal o prepara para exercer a paternidade, traz benefícios físicos e emocionais para a gestante e o bebê. A gestação gera grandes alterações na vida da mulher e ter apoio neste momento a ajuda a enfrentar essas mudanças de forma mais leve, e o companheiro é visto como a pessoa ideal para isso.

As mulheres que recebem o apoio e acompanhamento de seus parceiros durante os atendimentos de pré-natal apresentam menos sintomas físicos e emocionais durante a gestação e menos complicações durante o trabalho de parto, e no puerpério (SAUNDERS, 2002, p.2).

O objetivo geral desse trabalho é evidenciar os benefícios da participação paterna nas consultas de pré-natal. Através do reconhecimento da importância que o homem tem no processo gestacional há a garantia de melhor acesso durante a assistência proporcionando mais eficaz bem-estar para a gestante.

Baseado em estudos, o envolvimento do companheiro na assistência de pré-natal o deixa mais informado de tudo o que ocorre, e a mulher se sente mais segura e amparada, ou seja, contribui com uma melhor gestação (COSTA; TOQUETTE, 2017, p.6).

São os objetivos específicos: listar os benefícios da participação paterna, analisar as dificuldades encontradas pelo pai e mostrar as políticas e programas existentes que apoiam o homem-pai. Estes objetivos corroboram com o reconhecimento da paternidade durante todo o processo gestacional.

Incluir os homens-pais no serviço de atenção a gestante é um grande desafio, porém sua presença está relacionada às questões emocionais da gestante (MELLO et al, 2020, p.4).

Mostrar ao homem que ele é a pessoa ideal no auxílio e geração de benefícios para a saúde da mãe e do bebê é um ponto positivo, pois ele sentirá mais desejo de estar presente nesse momento e fortalecerá os laços familiares. Quanto mais tempo estiver envolvido com a gestação, mais rápido conseguirá destacar seu papel de pai e as necessidades da esposa e do filho.

O conhecimento resultante do presente estudo, pode viabilizar o embasamento e o aprimoramento de futuras pesquisas e intervenções neste domínio. Pode ser também um incentivo para a criação de novas estratégias para permitir a participação do parceiro durante todo o processo gestacional.

Questões relacionadas ao direito e aos benefícios do pai no processo do pré-natal normalmente são desconhecidas pela sociedade. Através desse estudo, serão pontuadas essas questões, e assim, poderão facilitar o acesso do homem e ajudar a quebrar muitos paradigmas criados pela sociedade em geral.

Trata-se de uma revisão de literatura que consiste em obter conhecimento através de artigos científicos já publicados, desde que tratem de um determinado tema e a compreensão dele. O levantamento dos dados ocorreu no período de seis meses.

É uma pesquisa qualitativa, revisão de literatura. Existem vários modelos de artigos de revisão de literatura, dependem da área de formação do aluno. Logo, é um trabalho acadêmico no qual o discente deve realizar o trabalho de curso que planejou em seu projeto de pesquisa (GONÇALVES, 2019, p.8).

A importância da presença do pai nas consultas de pré-natal

Alguns fatores, no âmbito familiar vêm sendo modificados desde o final do século passado. O homem tem assumido uma nova posição, deixando de lado o papel de mantenedor, a conduta rígida e adotando atribuições até então destinadas apenas à mulher. Essas mudanças, afetam também o conceito da paternidade, no qual passa a dividir as preocupações da gestação com a esposa (SILVA et al, 2016, p.5).

O pai é visto como o provedor financeiro, como aquele que está sempre trabalhando, por conta de valores sociais, culturais e religiosos que persistem. Acabam excluídos de alguns momentos simples e ao mesmo tempo importantes na vida da família, interferindo em seu papel como esposo e pai.

O homem tem o direito de decidir ter ou não filhos, como e quando tê-los, de acompanhar a gravidez, o parto, o pós-parto e a educação da criança. De participar de todo o processo e não apenas exercer a paternidade como uma obrigação legal (BRASIL, 2008, p.3).

O companheiro é visto como a principal fonte de apoio da mulher. A aceitação da gestação por parte do homem-pai tem influência importante na interação mãe-bebê. Desse modo, o apoio social torna-se fundamental para o enfrentamento de situações geradoras de estresse, causadas durante esse período (SOUZA et al, 2016, p.4).

O envolvimento precoce do parceiro na gestação facilita o desenvolvimento do sentimento de paternidade, antecipando o vínculo com o filho. Mas, para isso é importante compreender que a gestação não é exclusiva da mulher e sim do casal (SAMORINHA; FIGUEIREIDO; CRUZ. 2009, p.2).

O pré-natal é uma assistência prestada à mulher gestante, iniciada logo após a confirmação da gravidez e prosseguindo até o fim da gestação. É através dele, que a mulher recebe cuidados, orientações, realiza exames e vacinas, tudo em prol do bem-estar dela e do bebê. Para uma boa assistência, é necessário que a mulher compareça no mínimo a 6 consultas, contudo muitas delas percorrem esta etapa sem o acompanhamento de seus parceiros.

A participação do parceiro nas consultas possibilita mais efetiva compreensão da gestação e do papel perante ela, além de fornecer orientação em relação as alterações emocionais e físicas pelas quais a mulher passa durante a gestação, no parto e pós-parto (BENAZZI; LIMA; SOUZA. 2011, p.10).

O parceiro que se preocupa com o estado emocional de sua esposa e está preparado e comprometido com o cuidado familiar, poderá manter sua companheira serena e tranquila durante a gestação, beneficiando saúde dela e a do bebê. Em famílias que são formadas apenas pelo casal, o parceiro passa a ser o único ou a principal referência emocional e social da gestante (PICCININI et al, 2004, p.4).

Quando o homem sai da posição de expectador e passa a ser ativo, dando assistência para a sua companheira e apoio emocional, faz com que esta se sinta mais segura e acolhida, gera maior proximidade e intensificação do relacionamento. As consultas de pré-natal ajudam a preparar o companheiro emocionalmente para esse momento e para exercer a paternidade futura (SILVA et al, 2013, p.8).

O exercício do direito do homem de estar presente durante as consultas é imprescindível, mas para isso o pré-natal deve ser centrado na família, auxiliar a mãe, o bebê, e o casal. Essas mudanças afetam o modo como o homem é inserido no contexto, o que é crucial para a interação pai e filho, afetará esse relacionamento durante o crescimento e o desenvolvimento da criança (PROMUNDO, 2014, p.6).

Sabemos que a chegada de um bebê, traz muita alegria e altera toda a estrutura organizacional da família. Aumentam as preocupações, os gastos, há ansiedade e medo, principalmente nos pais de primeira viagem, que estão desembarcando em um mundo de descobertas. Em razão disso, é importante que o casal receba todo o apoio e as informações necessárias para amenizar o impacto desse momento.

O estilo de vida dos membros da família e os papéis desempenhados são alterados, pois compreende-se que durante o período gestacional a mulher está em estado de labilidade emocional, o que acaba interferindo não somente na sua vida, mas nas de todos a sua volta (RICCI, 2015, p.4).

A transição para a paternidade revela as relações afetivas e tensões individuais. É uma fase complexa, principalmente no nascimento, quando as rotinas são alteradas (TARNOWAKI et al, 2005, p.9).

De acordo com Mello et al (2020, p.5), discutir e esclarecer dúvidas é algo muito importante para os pais, principalmente os de primeira viagem, por isso a importância do acolhimento.

O companheiro ao participar das consultas favorece os cuidados com a saúde da mulher, satisfazendo as necessidades que ela tem nesse período, de uma relação de apoio, afeto e segurança (AYRES et al, 2017, p.2).

Incluir o homem durante o pré-natal é uma estratégia que proporciona maior interesse à gestação, estimulando-o a ter um maior cuidado com a mulher e o bebê, aumentando o vínculo tanto com sua companheira quanto com o filho, desenvolvendo maior envolvimento afetivo familiar (BENAZZ; LIMA; SOUZA. 2011, p.6).

O ministério da saúde estimula a participação paterna no pré-natal, nas consultas e nas atividades de grupos de preparo do casal para o parto, é uma de suas metas (VEIGA, 2014, p.4).

Alguns estudos apontam que desde muito cedo o bebê percebe a presença paterna, diferentemente da materna, trazendo grandes benefícios à saúde mental da criança (MORAES et al, 2016, p.8).

Em nenhum lugar do mundo a vinculação do pai é maior do que a da mãe, mesmo sabendo que o exercício da paternidade traz grandes benefícios no desenvolvimento dos filhos (PROMUNDO, 2015, p.2).

Crianças têm um desenvolvimento mais saudável, em lares onde os pais possuem um bom relacionamento. A construção de uma boa família, proporciona melhor assistência e compartilhamento de experiências (TARNOWAKI et al, 2005, p.9).

O reconhecimento do importante impacto que a paternidade afetiva traz para o desenvolvimento físico, emocional e social das crianças que acaba beneficiando também a família e a sociedade, fez com que o Movimento pela Valorização da Paternidade realizasse iniciativas para ampliar o envolvimento do homem no cuidado com os filhos (RIO DE JANEIRO, 2009, p.2).

O vínculo familiar é de grande importância para exercer as funções paternas, pois é um momento complexo, que revela as tensões individuais, as relações afetivas e como elas serão executadas. É um momento de mudanças, principalmente após o nascimento, onde as rotinas sofrem alterações (TARNOWAKI et al, 2005, p.9).

O parto é um momento único e marcante na vida do casal, que passa por vários sentimentos e sensações, que acabam fortalecendo os laços familiares. O pai é o companheiro ideal para dar todo o apoio necessário para a mulher e vivenciar esse momento, já que para muitos homens o sentimento de ser pai só é manifestado após o nascimento.

Durante o parto, o homem é considerado como tecnologia não invasiva para o alívio da dor, reduz o tempo de trabalho de parto e a ansiedade (JARDIM; PENNA. 2012, p.2).

Enfermeiras relatam que os homens que participam do pré-natal retornam com mais frequência às unidades de saúde trazendo os filhos para consultas, exames, vacinas, buscando informações e tirando dúvidas (HENZ et al, 2017, p.11). É um passo importante na vida dos homens, pois a partir daí passam a se importar não só com a saúde dos filhos, mas também com a sua e da família.

Sabemos que os homens têm grandes dificuldades em reconhecer a doença e comparecer aos serviços de saúde e isso faz com que também não tenham o interesse de acompanhar a esposa e os filhos em consultas. É importante que sejam incentivados pelos profissionais de saúde, para terem uma participação mais ativa na assistência gestacional, pois isso reflete diretamente na saúde emocional e física da mulher.

Quando o pai se permite vivenciar a experiência da gravidez desenvolve sentimentos afetivos e vínculos que fortalecem a constituição do trinômio pai-mãe-

filho, contribuindo para um relacionamento saudável (FREITAS; COELHO; SILVA. 2012, p.4).

A participação do homem, nos eventos cotidianos, na preparação para receber o bebê e o cuidado com a mulher, gera um ambiente de segurança, acolhedor, diminui a ansiedade da gestante (SIMAS, F.B; SOUZA, L.V. 2013, p.5). Proporciona benefícios não só para a mãe, mas também para o filho e o pai, aumentando o companheirismo entre ambos.

Alguns fatores diminuem e dificultam a adesão do público masculino nos serviços de saúde, como as variáveis culturais, que fazem com que eles enxerguem a doença como uma fragilidade e não como uma questão biológica e os horários de atendimento que colidem com o horário de trabalho (BRASIL, 2008, p.3).

Mesmo com as mudanças nos papéis de gênero, como chefe-provedor e esposa mãe, os homens não conseguem estar presentes nos serviços de saúde, por não ser permitido que se ausentem do trabalho (MASQUES, 2017, p.6).

Ainda não existem estratégias que ajudem os parceiros a superar as dificuldades de sua ausência nas consultas por conta do trabalho (CARDOSO et al, 2018, p.2).

A sobrecarga, o cansaço excessivo e a classe dos trabalhadores que não valorizam a inclusão do homem na atenção ao pré-natal contribuem para a ausência dos pais no processo de gestação e nascimento (RODRIGUES et al, 2017, p.6)

A situação trabalhista também é uma barreira que dificulta a presença do pai, vemos isso na diferença de tempo entre a licença maternidade e a paternidade. Mesmo com a inserção da mulher no mercado de trabalho, ela não deixou de ser vista como a reprodutora e o homem como o principal provedor financeiro (COSTA; TOQUETTE. 2017, p.6).

Mesmo com a quantidade de dias diferentes, de acordo com Promundo (2015, p.2), a licença paternidade é essencial para o reconhecimento da importância da divisão de cuidados e da igualdade de gênero.

É nítida a importância de uma grande mudança nos horários de atendimento da mulher grávida no serviço de saúde e ou uma garantia legal da ausência paterna no serviço, para o acompanhamento nas consultas de pré-natal e exames (AYRES et al, 2017, p.4)

Uma assistência de pré-natal de qualidade tem de ir muito além das questões biológicas, e focar também nas necessidades da família. Mas para isso, é importante que as consultas sejam reformuladas e passem a incluir os homens nesse processo de forma mais ativa.

Os homens dizem não se sentirem confortáveis nos espaços de saúde, pois acreditam que são locais, principalmente os de atenção primária, privilegiadamente femininos. Onde se encontra muitas mulheres, tanto sendo profissionais como pacientes nas salas de esperas, os cartazes e materiais voltados para elas e as consultas de pré-natal direcionadas para as mulheres (MARQUES et al, 2017, p.5).

Quando os homens são excluídos das consultas, tanto pela companhia, família, sociedade e ou pela falta de incentivo dos profissionais, pode começar a surgir sentimentos, como ciúmes, ansiedade e solidão. A gravidez pode passar a ser vista como algo ameaçador, interferindo na relação da tríade mãe-pai-filho e atribuindo ao pai apenas a função de provedor (SILVA, 2009, p.2).

Barreiras são criadas entre os homens e o serviço de saúde, pois esses locais não se mostram receptivos para atendê-los e estão sempre preparados a acolher mais as mulheres. Isso acaba favorecendo a imagem de que o espaço não é o ideal para o parceiro (PESAMOSCA; FONSECA; GOMES. 2008, p.5).

De acordo com um estudo de entrevistas realizado com Costa e Toquette (2017, p.5), alguns homens demonstraram interesse em comparecer nas consultas de pré-natal, mas apenas como acompanhantes, permanecendo na sala de espera. E aqueles que entraram na sala com a companheira se sentiram excluídos da consulta.

A categoria masculina é vista com indiferença pelos serviços de saúde, são tratados como observadores, sem ter voz ativa, vistos como acompanhantes e não como pais. Como se estivessem em um ambiente exclusivo para mulheres, o que os deixam bastante constrangidos (COSTA; TOQUETTE. 2017, p.5).

É um grande desafio incluir o homem nos serviços de saúde, mas a sua participação na rotina de consultas das gestantes é comumente associada a questões emocionais, nas quais elas se sentem mais confiantes e seguras (MELLO et al. 2020, p.5).

Quanto a paternidade, mesmo sendo idealizada e referida como importante, é desvalorizada pelos profissionais da saúde. Esta desvalorização pode ser explicada pela infraestrutura física, ausência de capacitações e descrédito dos profissionais sobre esse público. Além de ser um local desenvolvido para o acolhimento da mulher gestante, o que torna mais difícil a inclusão do pai (CORTEZ et al, 2016, p.2).

A ausência de informações nos corredores das unidades com conteúdo que ilustre a figura paterna, acaba contribuindo com a ideia de que é um ambiente feminino e fortalece a crença das mulheres de que este é um momento que devem vivenciar sozinhas (CARDOSO et al, 2018, p.5).

De acordo com um estudo realizado por Duarte (2007, p.4), 94% dos parceiros se sentem frustrados por não conseguir acompanhar suas parceiras na rotina de pré-natal.

É importante acolher o acompanhante da mulher e o auxiliar nas transformações pessoais que essa etapa traz, sempre incentivando sua participação. Todas as fases da gravidez são momentos sensíveis para todos os envolvidos, podendo estimular na formação ou na ruptura de vínculos (BRASIL, 2005, p.4).

Os profissionais de saúde encontram grandes dificuldades em acolher os homens-pais que aparecem nas consultas, isso por conta de a assistência ser centrada na mulher e por falta de estrutura. Diante disso, existe uma necessidade de melhor entendimento sobre a importância da presença do homem por parte dos profissionais, já que é um momento de preparação deles para o nascimento do bebê.

Os pais devem ser incentivados pelos profissionais da atenção primária a atuarem ativamente do pré-natal, sem enfrentar obstáculos (BRASIL, 2011, p.2)

Os pais devem ser estimulados a ter um relacionamento familiar, baseado no afeto, carinho e amor e de que as questões econômicas não são as mais importantes. A cultura acaba dando ao homem a função de mantenedor das necessidades econômicas, o que prejudica sua participação e presença (FREITAS et al, 2009, p.9).

Com a ausência dos companheiros, a mulher tem que cuidar de si ou procurar alguém que a ajude, já que a ideia de que a gestação é exclusiva da mulher é reforçada diante de tantos empecilhos para a presença do companheiro (CARTER et al, 2005, p.5).

É necessária a criação de políticas e programas que estimulem uma participação mais ativa do homem no ambiente familiar. O Brasil se destaca no desenvolvimento desses trabalhos relacionados com a paternidade. Isso foi necessário, pois ao longo dos anos mudanças nas questões sociais e culturais modificam o papel do homem nas famílias (SOUZA; BENETTI. 2000 a 2007, p.1).

Existem algumas estratégias e políticas que apoiam e incentivam a presença do homem-pai durante as consultas de pré-natal, parto e pós-parto, que são pouco

divulgadas e comentadas. De acordo com Costa e Toquette (2017, p.4) as políticas públicas que frisam a importância do parceiro durante todo o processo gestacional não são tão eficazes.

O Ministério da Saúde criou alguns programas para melhorar a assistência à mulher gestante e sua família, promovendo bem-estar e humanização. Também foram elaboradas estratégias de incentivo para que os homens estejam mais presentes no processo gestatório, já que o seu envolvimento contribui para uma gestação mais segura.

A Rede Cegonha, portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011, assegura que as mulheres tenham o direito ao planejamento reprodutivo, a humanização no atendimento, parto e puerpério, além de proporcionar para a criança um nascimento e desenvolvimento seguros. Tudo com o propósito de garantir uma qualidade na assistência durante o pré-natal (BRASIL, 2011, p.3.).

A mulher gestante tem o direito de ter um acompanhante, de livre escolha durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito dos serviços públicos de saúde – SUS, de acordo com a lei nº 11.108/2005 (BRASIL, 2011, p.2). Dando o direito ao homem de acompanhar, apoiar e dar todo o suporte necessário para sua parceira e vivenciar esse momento único na vida de ambos.

Normatizado em 2011, o Guia do pré-natal do parceiro veio para estimular a presença do pai no processo da gravidez, e principalmente para ser uma estratégia de incentivo à saúde do homem (BRASIL, 2016, p.4). Com a presença desses homens nas unidades de saúde para o acompanhamento das gestantes nas consultas, se viu como uma boa oportunidade de captação deles, para a realização de exames e orientações relacionadas com sua saúde, já que sabemos que raramente comparecem para esses fins.

O artigo 473, dá o direito ao empregado de se ausentar 2 dias para acompanhar sua mulher gestante em consultas e exames complementares, sem prejuízo no salário. Esse é um dos direitos que esse artigo aborda e é algo pouco comentado entre as pessoas.

Existem também o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, políticas como Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos e Atenção Integral à Saúde do Homem-PNAISH, todos criados pelo Ministério da Saúde, com enfoque na paternidade presente e responsável (BRASIL, 2008, p.2).

Apesar de existirem programas e leis que apoiam a presença do homem durante algumas etapas da gravidez, percebemos certa carência e falta de segurança para que possam vivenciar a paternidade de forma mais ativa e presente. Ainda falta integralidade na assistência para a fortalecimento do trinômio mãe-pai-bebê durante todo o processo.

Muitos casais desconhecem seus direitos como pais, gestante, parturiente e puérpera. Assim, cabe aos profissionais de saúde apresentar os direitos durante o atendimento, além de identificar o perfil da gestante e do homem, como cada um se insere na família e na gestação, para que possam descobrir as necessidades biopsicossociais do casal e assim atuem de maneira que atinja a família. A Portaria nº 569 de 01/06/2000, que instituiu o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento, vem para efetivar uma assistência qualificada, humanizada e centrada na família, assegurando maior bem-estar aos pacientes (MALHEIROS, 2012, p.6).

Considerações Finais

A participação paterna durante o período de pré-natal possui inúmeras variantes, mas que são benéficas para os envolvidos, pai-mãe-bebê. Vimos que ao

incluí-los na assistência os estimulamos a ter um maior cuidado e envolvimento familiar.

Este estudo identificou a importância paterna durante a assistência do pré-natal. É evidente que a sua presença, favorece o bem-estar da mãe e do bebê, proporciona alegria, confiança, tranquilidade, apoio, afeto, segurança etc. Além de antecipar o sentimento de paternidade.

Este trabalho, evidenciou os benefícios da participação paterna nas consultas de pré-natal, listou os benefícios do envolvimento paterno, as dificuldades encontradas pelo pai e mostrou as políticas e programas existentes que apoiam o homem-pai. Foram pontos importantes para o reconhecimento do companheiro durante todo o processo gestacional.

Este estudo mostrou maneiras de despertar o desejo dos pais de estar mais presente e fortalecer os laços familiares; incentivou a ciência para a criação de novas estratégias, pesquisas e intervenções nesse domínio e agregou a sociedade, por trazer novos conhecimentos a respeito da importância da paternidade e seus direitos.

Ficou evidente que o envolvimento e a participação ativa do homem na assistência do pré-natal refletem diretamente na saúde emocional e física da mulher, proporcionando uma gestação mais segura e com bom desenvolvimento. Além de influenciar na tríade mãe-pai-filho, fortalecendo os laços e o companheirismo familiar. Esse homem, passa a ter melhor compreensão das mudanças que a mulher tem durante esse período e aprende como lidar com isso. A sua inserção é fundamental para um bom desenvolvimento de todo o processo.

Mesmo diante de tudo isso, ainda se vê a necessidade da realização de novas estratégias, intervenções e estudos futuros, que enxerguem e compreendam a importância do pai no processo de gestar e a necessidade de apoio para a gestante. É importante favorecer e estimular a participação do homem, garantindo seus direitos e o exercício efetivo da paternidade, para que dessa forma, tanto ele como a mãe e o bebê possam desfrutar dos benefícios da presença do pai na gestação.

Referências

BENAZZI A.S.T; LIMA A.B.S; SOUSA A.P. Pré-natal masculino: um novo olhar sobre a presença do homem. **Rev. Pol. Públ.** 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. **Ministério da Saúde**, Brasília-DF, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas/Coordenação Nacional de Saúde do Homem. Guia do Pré-natal do parceiro para profissionais de Saúde. **Ministério da Saúde**, Rio de Janeiro, 2016.

BRASIL. Lei n. 11.108, de 07 de abril de 2011. Altera a lei 8.080 de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença do acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato no Sistema Único de SAÚDE – SUS. **Diário Oficial da União**, Brasil, 2011.

BRASIL. Portaria n. 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. **Ministério da Saúde**, Brasília, 2011.

BRASIL. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. **Ministério da Saúde**, Brasília-DF, 2008.

BRASIL. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – Manual técnico, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Ministério da Saúde**, Brasília-DF, 2005.

CALDEIRA, L.A et al. A visão das gestantes acerca da participação do homem no processo gestacional. 2017.

CARTER, M.W; SPEIZER, I. Salvadoran fathers' attendance at prenatal care, delivery, and postpartum care. **Revista panam salud pública**. Acesso em: 2005. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v18n3/27663.pdf>.

CORTEZ M.B et al. Profissionais de saúde e o (não) atendimento ao homem-pai: análise em representações sociais. **Psicologia em Estudo**. 2016.

COSTA, Simone Furtado; TOQUETTE, Stella Regina. **Atenção a gestante e adolescente na rede do SUS- o acolhimento do parceiro no pré-natal**. Revista de enfermagem UFPE. Recife, 2017.

DUARTE, G. Extensão da assistência pré-natal ao parceiro como estratégia de aumento da adesão ao pré-natal e redução da transmissão vertical de infecções. **Rev. bras. ginecol. Obstet**. Acesso em: 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v29n4/a01v29n4.pdf>.

FREITAS W.M.F et al. Paternidade: responsabilidade social do homem no papel de provedor. **Rev. Saúde Pública**. 2009.

GONÇALVES, Jonas Rodrigo. **Manual de artigo de revisão de literatura**. Brasília: Instituto Processus (Coleção Trabalho de Curso, v. II). Brasília, 2019.

GONÇALVES, Jonas Rodrigo. Como fazer um Projeto de Pesquisa de um Artigo de Revisão de Literatura. **Revista JRG de Estudos Acadêmicos**, Ano II, Vol.II, n.5, 2019.

GONÇALVES, Jonas Rodrigo. **Metodologia Científica e Redação Acadêmica**. 8. ed. Brasília: JRG, 2019.

HENZ, G.S; MEDEIROS, C.R.G; SALVADORI, M. A inclusão paterna durante o pré-natal. **Rev. Enferm Atenção Saúde**. 2017.

INSTITUTO PROMUNDO. Programa Para: manual para o exercício da paternidade e do cuidado. **Instituto Promundo**. Rio de Janeiro, 2014.

JARDIM, D.M.B; PENNA, C.M.M. Pai acompanhante e sua compreensão sobre o processo de nascimento do filho. **Revistas Min Enfermagem**. 2012.

MALHEIROS, P.A et al. Parto e nascimento: saberes e práticas humanizadas. **Texto Contexto Enfermagem**. 2012.

MARQUES, S.S. Ampliar a licença paternidade para despatriarcalizar o estado e a sociedade. **Gên. e Dir. Periódico do Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre Gênero e Direito Centro de Ciências Jurídicas** - Universidade Federal da Paraíba. Acesso em: 2015. Disponível em: http://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/ge_d/index.

MELLO M.G; PARAUTA T.C et al. Participação do pai jovem no acompanhamento do pré-natal: a visão do profissional de saúde. **Rev. Fun Care**. 2020.

PESAMOSCA, L.G; FONSECA, A.D; GOMES, V.L.O. Percepção de gestantes acerca da importância do envolvimento paterno nas consultas pré-natal: um olhar de gênero. **Rev. min. enferm**. Acesso em: 2008. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/255>.

PICCININI, C.A et al. Envolvimento paterno durante a gestação. **Psicol reflex crit**. Acesso em: 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/prc/v17n3/a03v17n3.pdf>.

PROMUNDO. A situação da paternidade no mundo: resumo e recomendações. **Promundo**. Rio de Janeiro, 2015

Rio de Janeiro. **Unidade de Saúde Parceira do Pai. Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil**. 1. ed. Rio de Janeiro, 2009.

SAMORINHA, C; FIGUEIREDO, B; CRUZ, J.M. Vinculação pré-natal e ansiedade em mães e pais: impacto da ecografia do 1º trimestre de gestação. **Psicol. saúde doenças**. Acessado em: 2009. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/psd/v10n1/v10n1a02.pdf>.

SAUNDERS RB. Cuidado de enfermagem durante a gestação. **Revista O cuidado em enfermagem materna**. 5a ed. Porto Alegre, 2002

SILVA, E.M et al. Participação do companheiro nos cuidados do binômio mãe e filho: percepção de puérpera. **J Res Fundam Care**. 2016.

SILVA, F.C.B. **Experienciando a ausência do companheiro nas consultas de pré-natal**. 2009. Dissertação. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal, 2009.

SILVA M.M.J et al. O envolvimento paterno na gestação sob o olhar de gênero. **Rev. enferm UFPE Online**. 2013.

SIMAS, F.B; SOUZA, L.V. significados da gravidez e da maternidade: discurso de primíparas e múltiplas. Acesso em: 2013. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S15163687201300010002&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt.

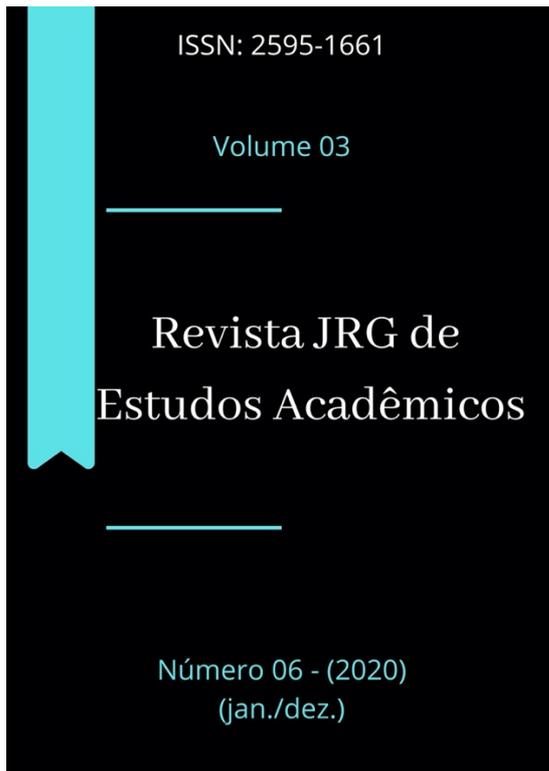
SOUZA, C.L.C; BENETTI, S.P.C. **Paternidade contemporânea**: levantamento da produção acadêmica no período de 2000 a 2007. Paidéia (Ribeirão Preto), 2009.

SOUZA, W.P.S et al. Gravidez tardia: relações entre características sociodemográficas, gestacionais e apoio social. **Bom Psicol.** Acesso em: 2016. Disponível em:
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S000659432016000100006&lng=pt&nrm=isso.

TARNOWSKI, K.S; PRÓSPERO, E.N.S; ELSEN, I. A participação paterna no processo de humanização do nascimento: uma questão a ser repensada. **Texto Contexto Enferm.** 2005.

VEIGA, M.B. **A Paternidade na visão de jovens pais, na perspectiva de gênero.** 2019. Dissertação (mestrado). Programa de pós-graduação em enfermagem. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, 2019.

ZAMPIERI, M.F.M et al. O significado de ser pai na ótica de casais grávidos: limitações e facilidades. **Rev. Eletr. Enf.** Acesso em: 2012. Disponível em:
http://www.fen.ufg.br/revista/v14/n3/pdf/v_14n3a04.



Tramitação Editorial:

Data de submissão (recebimento):

01/01/2020.

Data de reformulação: 10/02/2020

Data de aceitação (expedição de carta de aceite): 01/03/2020

Data de disponibilização no site (publicação): 20/03/2020

Publicado: 2020-03-20

ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO DIANTE DO COMPORTAMENTO E TENTATIVA DE AUTOEXTERMÍNIO¹.

Strategies for nurses 'intervention before behavior and attempted to self-exterminate.

Sâmara Rosa de Souza Marçal²
MSc. Jonas Rodrigo Gonçalves³

Resumo

O tema deste artigo são as estratégias de intervenção do enfermeiro diante do comportamento e tentativa de autoextermínio. Investigou-se o seguinte problema: quais são as intervenções de enfermagem diante do comportamento suicida na atenção primária? Cogitou-se a seguinte hipótese: avaliar e classificar o paciente com risco para o suicídio. O objetivo geral é analisar o conhecimento e as estratégias de intervenção dos enfermeiros prestados aos usuários com comportamento suicida. Este trabalho é importante por descobrir maneiras de ajudar os indivíduos e profissionais a intervir diante de situação suicida. Para as ciências, é relevante por ser um incentivo para a criação de novos programas, estratégias e melhorias no

¹ © Todos os direitos reservados para a Revista JRG de Estudos Acadêmicos, cujas citações deste artigo são permitidas desde que citada a fonte. Artigo de Revisão de Literatura elaborado como Trabalho Final do curso de Enfermagem da Unip no ano de 2020, sob orientação do professor MSc. Jonas Rodrigo Gonçalves. Este artigo contou com a revisão linguística de Roberta dos Anjos Matos Resende.

² Graduando(a) em Enfermagem pela Unip (Universidade Paulista). Sâmara Rosa de Souza Marçal.

CV Lattes: <http://lattes.cnpq.br/182868777297199>. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6381-0578>.

E-mail: sam1212enfermagem@gmail.com

³ Doutorando em Psicologia; Mestre em Ciência Política (Direitos Humanos e Políticas Públicas); Licenciado em Filosofia e Letras (Português e Inglês); Especialista em Direito Constitucional e Processo Constitucional, em Direito Administrativo, em Direito do Trabalho e Processo Trabalhista, entre outras especializações. Professor das faculdades Processus (DF), Unip (SP) e Facesa (GO). Escritor (autor de 61 livros didáticos/acadêmicos).

Revisor. Editor. CV Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6904924103696696>. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4106-8071>. E-mail: jonas.goncalves@institutoprocesso.com.br.

acolhimento das pessoas com ideação suicida. Agrega a sociedade agregando conhecimento sobre o assunto. Trata-se de uma pesquisa qualitativa teórica com duração de 6 meses.

Palavras-chave: Suicídio. Intervenções de enfermagem. Tentativas de suicídio. Atenção primária à saúde. Enfermeiras.

Abstract

The theme of this article is Nurses' intervention strategies in the face of behavior and attempts at self-extermination. The following problem was investigated: "What are the nursing interventions regarding suicidal behavior in primary care?". The following hypothesis "Evaluating and classifying patients at risk for suicide" was considered. The general objective is "to analyze nurses' knowledge and intervention strategies provided to users with suicidal behavior". This work is important due to discovering ways to help individuals and professionals to intervene in the face of suicidal situations. For science, it is relevant because it is an incentive for the creation of new programs, strategies and improvements in the reception of people with suicidal ideation. It aggregates society by passing on knowledge on the subject. This is a qualitative theoretical research lasting 6 months

Keywords: Suicide. Nursing interventions. Suicide attempts. Primary health care. Nurses.

Introdução

Durante o primeiro contato entre a equipe de enfermagem e o paciente com pensamento suicida, a entrevista é fundamental para consolidar laços afetivos. Esse contato proporciona uma excelente oportunidade para que os profissionais identifiquem os riscos de suicídio, usando estratégias e prevenção para minimizar o desejo de autoextermínio.

Nos últimos anos cresceu muito o número de casos de suicídio no mundo, o que gerou inúmeras pesquisas, mesmo sendo o tema ainda considerado pela sociedade como tabu, merece atenção especial das equipes de saúde. Principalmente dos enfermeiros da atenção básica, porta de entrada e atendimento primário do público vulnerável (RIBEIRO et al, 2019, p.2).

Este artigo propõe responder ao seguinte problema, quais são as intervenções de enfermagem diante do comportamento suicida na atenção primária? Na atenção primária a enfermagem realiza a intervenção dos pacientes com comportamento suicida.

As enfermeiras são agentes fundamentais para identificar os riscos de suicídio. Através da prevenção, acolhimento e escuta do paciente, orientação aos familiares da vítima, do agendamento de consultas médicas, da realização do acompanhamento, por meio de visitas domiciliares e/ou consultas de enfermagem, identificação do risco para o suicídio, auxílio no uso das medicação, conscientização da comunidade sobre problemas de saúde mental, verificação de história prévia de comportamento suicida e incentivo à socialização, estudo de caso, analisando quais são as possíveis causas do alto índice de suicídio e planejando grupos de saúde mental para usuários e familiares e orientação aos agentes comunitários de saúde sobre o problema (KOHLRAUSCH et al, 2008, p.5).

A hipótese levantada frente ao problema em questão foi: acolher o paciente em local seguro, fazer a anamnese e classificação do paciente são intervenções de enfermagem, essenciais para identificação e a prevenção do suicídio.

Tendo em vista as várias possibilidades de atuação da equipe de enfermagem, é preciso que ela esteja devidamente capacitada, para obter maior êxito na identificação e compreensão do paciente e seus familiares de modo geral, adicionando medidas assistenciais cabíveis ao momento, estabelecendo uma linha de cuidado humanizado (REISDORFER et al, 2015, p.7).

O presente estudo teve por objetivo analisar o conhecimento e as estratégias de intervenção dos profissionais da enfermagem prestados aos usuários com comportamento suicida. Há a possibilidade de melhorar a prática clínica, qualificando o cuidado prestado na saúde primária.

Os profissionais que se envolvem no atendimento aos pacientes com comportamento suicida são: agentes comunitários de saúde, técnicos de enfermagem, enfermeiros, médicos, psicólogos, assistentes sociais, acadêmicos de enfermagem e medicina, auxiliares do serviço médico e a equipe de consultoria em saúde mental, auxiliam nos atendimentos. Enfermeiras relatam que estes profissionais são importantes para a equipe, pois todos garantem a finalidade da qualidade no atendimento prestado ao paciente com ideação suicida (KOHLRAUSCH et al, 2008, p.4).

Os objetivos específicos deste trabalho são: listar os fatores que influenciam no suicídio; analisar o papel dos enfermeiros frente paciente com comportamento suicida; listar as ações e prevenções.

O biológico e o psicossocial, entre outros, são fatores de risco para o comportamento suicida, as ações de prevenção são necessárias para a atenção integral ao paciente. A prática da solidariedade, mediante a circunstância de adaptação do paciente ao sofrimento psíquico, remete ao fato de que estratégias relacionais como o acolhimento e o vínculo são fundamentais para que os profissionais possam identificar os usuários com comportamento suicida na atenção básica (PIACHESKI et al, 2010, p.3).

Falar sobre suicídio leva a pensar em pessoas com sofrimento emocional, imaginam o porquê de a pessoa desejar executar a própria vida. Descobrir maneiras de ajudar esses indivíduos, mostrando o sentido da vida e esclarecendo que a morte não é a solução para os problemas é um grande desafio, esse estudo vem para ajudar a lidar e intervir diante dessas situações.

Esse estudo pode se tornar consistente para a criação de novos programas, estratégias e melhorias no atendimento e acolhimento das pessoas com ideação suicida. Agregando novas pesquisas para chegar a uma tecnologia avançada com meios de diminuição dos casos de suicídio.

O tema ainda é considerado assunto proibido para a sociedade, principalmente pelas crenças de que mencioná-lo pode estimular as pessoas a cometer o ato suicida. Através deste estudo a sociedade terá mais conhecimento sobre o assunto, e junto aos profissionais de saúde realizará a correta intervenção do indivíduo com comportamento suicida, ajudando a reduzir os riscos desse ato.

É um estudo do tipo revisão literatura, que consiste em adquirir conhecimento por meio de trabalhos já publicados, desde que tratem de um tema específico e a percepção dele. O levantamento dos dados foi realizado nos meses de janeiro a abril de 2020, o período de inclusão dos artigos utilizados foi de 2008 até 2019.

É quase impossível elaborar uma monografia ou análise da legislação, estudo de caso ou um artigo, se primeiramente não realizar um projeto de pesquisa. O

desenvolvimento do trabalho será norteado pelo projeto. Em seguida envolver a classificação do problema, a hipótese do tema, dos objetivos, justificativas e da metodologia etc. (GONÇALVES, 2019, p.3).

ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO DIANTE DO COMPORTAMENTO E TENTATIVA DE AUTOEXTERMÍNIO

De acordo com a análise dos artigos emergiram as seguintes categorias: fatores que influenciam no suicídio, o papel dos enfermeiros frente ao suicídio e ações e prevenções de enfermagem.

O Comportamento suicida é definido como uma atuação de autoagressão, com pensamentos contínuos de autodestruição, autoextermínio, não importando o nível ou a razão genuína da ação. Um ato suicida é revelado por vocabulários e gestos suicidas, tentativas de suicídio, e finalmente o próprio suicídio (LUOMA et al, 2002, p.2).

O comportamento suicida é um tema censurado, pela obscuridade do gesto. Confronta o instinto de sobrevivência próprio dos seres humanos. É difícil compreender como alguém idealiza e planifica a própria morte, escolhendo o método que utilizará para colocar em prática a execução. Possivelmente, a vontade de se aliviar de um sofrimento emocional intolerável proporciona a aproximação do sujeito com as diversas formas de comportamento suicida (KHLRAUSCH et al, 2010, p.2).

Diversos são os fatores que fomentam atos e pensamentos suicidas. Os indivíduos que já passaram por traumas são os mais suscetíveis ao suicídio, muitos demonstram propensão através de sinais verbais, físicos e ações.

Fatores como doença mental, doença física, doenças crônicas, violência, consumo excessivo de álcool e outras drogas, mudanças repentinas, também são grandes aliados para o desencadeamento de comportamento suicida. A situação cultural e socioeconômica ou a combinação destes fatores igualmente (BRASIL, 2012, p.2).

A conduta suicida também pode apresentar princípios genéticos. Há indícios crescentes de que os fatores genéticos influenciam na predisposição ao suicídio, visto que a hereditariedade do comportamento suicida é comparável à hereditariedade de transtornos psiquiátricos, como o transtorno do humor e a esquizofrenia (MANN, 2002, p.3).

A disfuncionalidade familiar pode inferir um risco ainda maior para crianças e adolescentes, pois a convivência familiar é muito importante no desenvolvimento do indivíduo (MINAYO et al, 2006, p.3).

Conflitos conjugais e conflitos com os filhos, principalmente a não aceitação da orientação sexual dos filhos são fatores estressores que ajudam no desencadeamento de ideação ao suicídio (MARQUETTI; MILEK, 2014, p.7).

Diante desta perspectiva é fundamental que os enfermeiros da atenção básica atuem com ações educativas de forma abrangente na família, alertando, conduzindo e fomentando a importância do estreitamento de vínculos afetivos, mostrando o valor que cada um exerce no ambiente familiar (GOMES; APRATTO, 2016, p.8).

Os familiares enfrentam dificuldades em lidar com a perda repentina de um ente querido, ainda mais quando ocorre o suicídio. Há um sentimento de culpa e perguntas sem resposta, como o porquê de a pessoa ter cometido o ato. A família tenta achar explicação, é uma situação desesperadora.

Nos dias atuais, situações como empregabilidade e desemprego, condições socioeconômicas, estrutura familiar, padrão de possibilidades de consumo de

insumos, como roupas, alimentos e lazer, aceitação no meio de convivência, entre outros muitos, são fatores que despertam predisposições biológicas, como o aparecimento do comportamento suicida (BRASIL, 2002, p.2).

As maiores causas de risco para o pensamento suicida são os transtornos mentais, observados em mais de 90% daqueles que cometem suicídio, depressão, antecedentes familiares, sexo, idade, relações familiares, abusos sexuais, abuso de substâncias, problemas físicos, principalmente aqueles que causam invalidez e/ou dor crônica e situação social desfavorável, como a pobreza e o desemprego (MANN, 2002, p.3).

Há além das causas de risco aqui já mencionadas, situações no nível psíquico, como a ansiedade, a impulsividade, os transtornos de humor, os transtornos afetivos, a baixa autoestima, os sentimentos de desesperança e a solidão, o sofrimento intenso, as frustrações, o estresse, a esquizofrenia, e as psicopatologias em geral agravam a situação. Nesse nível sobressai a depressão, que é um fator de alto risco para o suicídio, e está cada vez mais presente na vida da população mundial. Pode ser detectada desde o princípio da vida, como por exemplo, na lactância (MORETT; LÓPES, 199, p.3).

Caracteriza-se como ideação suicida o sofrimento na apresentação de diferentes doenças como: a depressão, a esquizofrenia, os transtornos relacionados ao uso de substâncias e atos desesperados, cuja percepção de sinais de desistência da vida e pedidos de socorro podem passar despercebidos pela equipe.

Algumas pessoas têm dificuldade para admitir pesamentos suicidas, se afundam em angústias e aflições gerando sofrimento emocional, acreditam que o suicídio é a solução para tudo. A necessidade de ajuda ou suporte especializado poder ser difícil de indentificar devido ao desgaste emocional associado ao preconceito (FONTENELLE, 2008, p.5).

O indivíduo tenta o suicídio acreditando que será a solução para seus problemas pessoais, presumindo que suas angústias e sofrimentos serão resolvidos com o fim de sua vida (HECK et al, 2014, p.5).

No decorrer da vida nos deparamos com muitas frustrações, portanto temos de manter os pensamentos positivos e o autocontrole, para que tudo não se transforme em fadiga ou em sofrimento com o passar dos anos, desencadear um cenário aparentemente negativo ou gerar pensamentos e atos suicidas.

Com o crescimento dos fatores de risco para as tentativas de suicídio, há uma cautela mais precisa na elaboração de estratégias para a prevenção de conduta suicida rotineira ou fatal (TING et al, 2015, p.2).

O apoio familiar é fundamental para as pessoas com estratégia suicida, é necessária compreensão e esclarecimento acerca da tentativa suicida, priorizando a assistência de saúde e os cuidados prestados pela equipe (BERTOLOTE et al, 2014, p.3).

O apoio é essencial para as famílias cujo membro apresenta reação suicida. A equipe de enfermagem presta uma assistência imprescindível aos familiares, esclarecendo dúvidas, prestando apoio psicológico. Encaminham o familiar, reservando um lugar que assegure conforto e privacidade, caracterizando assim um cuidado integral e humanizado (BURIOLA et al, 2014, p.3).

Pessoas com intenção suicida tendem a procurar amparo nos serviços de atenção primária antes de cometer o autoextermínio. Cerca de 75% das pessoas que acabaram com a própria vida procuraram um serviço de atenção primária à saúde no ano de sua morte e 45% o fizeram no mês em que cometeram suicídio. Portanto, os profissionais da atenção primária exercem conduta fundamental na constatação

precoce de fatores de risco para suicídio, prevenindo-o (LUOMA et al, 200 2, p.1).

É necessário desenvolver estratégias que alcancem pais e filhos para levá-los à reflexão sobre os valores educacionais instaurados na família. O desejo de ostentação fica em segundo plano, o essencial é reconhecer valores que auxiliem o enfrentamento de situações frustrantes no decorrer da vida. Alguns pais ausentes tentam preencher a presença física com bens materiais, formando indivíduos negligentes e sem capacidade de administrar emoções, com a saúde mental perturbada.

A equipe de enfermagem na atenção primária em saúde desempenha ações que buscam a atenção total dos que almejam atendimento (TREBEJO, 200, p.4).

O contato direto com a pessoa que tentou suicídio geralmente é efetuado pelos profissionais de enfermagem, que realizam o acolhimento, no intuito de acalmar e salvar vidas. Nesse momento, devem ser levados em consideração os aspectos físicos e psicológicos envolvidos no processo (REISDORFER, 2015, p.2).

Os profissionais de enfermagem têm papel muito importante no acolhimento dessas pessoas. Trazem segurança para os pacientes e principalmente para a família que fica desolada nesses momentos.

Os profissionais enfermeiros ativos no serviço de saúde devem estar preparados e qualificados para identificar as características que o paciente com potencial suicida apresenta. Observar a presença de pensamentos e atitudes que evidenciam desesperança, desespero e desamparo. O paciente com estas características deve ser abordado de forma clara e cautelosa, mantendo a serenidade, a empatia e abstendo-se das atitudes julgadoras (BERTOLOTE et al, 2014, p.3).

A competência da prática clínica do enfermeiro dentro das ações de enfermagem na saúde mental acerca do diagnóstico de risco de suicídio é fundamental na classificação de risco apresentada pelo paciente, como doenças psiquiátricas, histórico familiar de suicídio, gênero, idade, sintomas de depressão etc. É fundamental para adotar medidas preventivas (NORTE AMERICAN, 2015, p2).

A enfermagem tem estratégias essenciais que visam melhorar a qualidade de vida do indivíduo que pensa em suicídio, evitando que o pensamento suicida mediante o sofrimento causado pelas questões da vida leve o sujeito a cometer o autoextermínio (COSTA et al, 2017, p.1-2).

Indivíduos que não obtiveram êxito no plano suicida são induzidos a procurar ou espontaneamente buscam refúgio nos serviços de atenção primária antes de morrer, portanto é possível uma intervenção de profissionais de saúde na tentativa de suicídio. É necessária educação e capacitação para adequar estes profissionais para que sejam hábeis na detecção de fatores de risco de suicídio, principalmente a depressão, prevenindo o ato (BRASIL, 200, p.4).

O atendimento primário é fundamental para o reconhecimento de um paciente com ideação suicida, através da entrevista e anamnese o enfermeiro pode identificar indícios físicos e mentais.

A equipe de enfermagem ao atender um paciente com pensamento suicida deve estar disposta e interessada em ouvi-lo, usando o vínculo criado durante a consulta como estratégia para obter a confiança do paciente (COSTA et al, 2017, p.3).

É importante que o espaço físico e as ações diretas com os pacientes com risco de morte iminente sejam considerados pelos profissionais de enfermagem, assegurando as rotinas assistenciais (HEEK et al, 2012, p.5).

É relevante gerar ações de cuidado físico para evitar tentativas de suicídio, como medidas de vigilância, pois o indivíduo não se encontra em estado emocional equilibrado, é importante que não permaneça solitário, o cuidado e a avaliação especiais poderão evitar o ato (RODRIGUES; KAPCZINSKI, 2014, p.3).

Os profissionais de enfermagem lidam constantemente com pacientes enfrentando processo de morte e morrer, convivem com dor, sofrimento, medo, desamparo, desesperança e perda das vítimas (COSTA et al, 2017, p.4).

No cotidiano da equipe de enfermagem o vínculo é a conduta mais eficiente para a análise de aspectos para o histórico dos pacientes em abalo mental (o convívio do paciente, da família, círculo de amizades, situações cotidianas, etc.). Um vínculo de cuidado mais humanizado tem maior eficácia no tratamento do paciente (COSTA et al, 2017, p.3).

Indivíduos em crise suicida necessitam de atendimento diferenciado, devem ser escutados, compreendidos e orientados pela equipe de enfermagem que precisa respeitar os próprios sentimentos, incluindo a tolerância. Devem amparar, construir e manter o vínculo com o paciente objetivando um bom tratamento e atenuando o risco de suicídio (BERTOLOTE et al, 2014, p.7).

A relação interpessoal é um importante na qualidade e no investimento profissional da equipe como aprimoramento da prática clínica facilitando o vínculo com o paciente para a adesão do tratamento adequado (COSTA et al, 2017, p.3-4).

As intervenções dos profissionais de enfermagem principiam com a anamnese, seguida do exame do estado mental, avaliação e classificação do risco de suicídio, o acolhimento em local seguro, construção de rede de apoio junto aos serviços especializados, familiares/cuidadores e administração de terapia medicamentosa, caso haja necessidade. O plano de tratamento deve ser flexível e passar por revisões periódicas. (REISDORFER et al, 2015, p.7).

A pessoa com comportamento suicida apresenta três características principais: ambivalência, impulsividade e rigidez. O profissional de saúde poderá elaborar uma aliança entre a família e o paciente para evitar o ato suicida até que uma solução seja definida, visando o cuidado com a vida, fomentando o desejo pela vida, fornecendo auxílio no momento do impulso suicida (BRASIL, 200, p.4).

Atenção básica possui uma área adstrita que facilita a atuação dos enfermeiros, possibilitando o auxílio aos familiares que estejam passando por esta situação. É possível fazer um levantamento dos problemas mais frequentes no âmbito familiar e por meio da relação de confiança estabelecida entre paciente e profissional desenvolver estratégias que sejam capazes de elucidar tais conflitos (GOMES; APRANTTO, 2016, p.8).

É de suma importância a atenção básica na abordagem, prevenção e tratamento de casos relacionados ao suicídio, levando-se em consideração as principais políticas nacionais de atenção básica, que condizem ao nível prioritário de primeira escolha para acessar a rede de atenção à saúde que garante o encaixamento do usuário caso haja a necessidade de um acompanhamento especializado (NOQUEIRA; BRITO, 2017, p.2).

A equipe da atenção primária gera um elo vital entre a comunidade e o sistema de saúde, seu conhecimento com a comunidade permite o apoio aos familiares, amigos e organizações, é a porta de entrada aos serviços de saúde para os que necessitam.

O profissional percebe a importância da conciliação entre a equipe e o paciente como estratégia terapêutica em saúde mental para a redução da ação suicida. Investir no espaço agradável e acolhedor, pode fortalecer relações flexíveis,

tornando o diálogo mais aberto sobre os sentimentos do paciente e a problemática que envolve o interesse em suicidar (FRAZÃO; FUKUMITSU, 2015, p.5).

Segundo relatos das enfermeiras a finalidade do atendimento a usuários com comportamento suicida é realizar a prevenção, diminuir o fluxo de usuários em hospitais e prontos-atendimentos, educar e promover a saúde para melhorar o autocuidado dos usuários, atender integralmente as famílias e trabalhar na qualidade de vida quando o problema já está instalado (KOHRLAUSCH et al, 2008, p.2).

Há importância em desenvolver ações que promovam a prevenção ao suicídio, a portaria nº 1. 876, de 14 de agosto de 2006 instituiu diretrizes nacionais para a prevenção do suicídio em todas as unidades federadas (BRASIL, 2006, p.2).

Os profissionais têm compromisso, sensibilidade, conhecimento e preocupação com o outro e creem que a vida é um aprendizado importante e insubstituível, mesmo com dificuldades.

Considerando as taxas nacionais e a importância dos profissionais da atenção básica, em 2006, o Ministério da Saúde apresentou a estratégia nacional para prevenção do suicídio, pela portaria GM nº 1.876, com a intenção de diminuir as taxas de suicídio e tentativas. Esta estratégia prevê implantação em parceria com a atenção básica, buscando o modelo de redes de cuidado, de base territorial e atuação transversal com outras políticas específicas, proporcionando vínculo e acolhimento. A ideia é que as equipes da estratégia de saúde da família (PSF) sejam apoiadas por equipes matriciais para atender os casos de saúde mental no território de sua área adstrita (BRASIL, 2006, p.2).

A atenção básica utiliza ações e prevenção de agravos, que associadas às tecnologias múltiplas atuam como ferramentas fundamentais na melhoria da qualidade de vida do usuário do serviço de saúde (BRASIL, 2016, p.9).

Principalmente na atenção primária à saúde, a equipe de enfermagem possui bom vínculo com a comunidade, o que possibilita a identificação de fatores de risco para o suicídio e, conseqüentemente, sua prevenção. A atuação desses profissionais tem por finalidade promover mudanças no estilo de vida, analisar o ambiente do usuário, procurar fatores de risco, ajudar na identificação e tratamento de injúrias que possam trazer complicações e auxiliar na inserção dos usuários que tentaram o suicídio na comunidade (TREBEJO, 2000, p.4).

E de grande importância o trabalho dos agentes comunitários de saúde para os serviços de saúde. Sua atuação faz o contato direto no binômio serviço de saúde-comunidade, verificando a necessidade dos usuários na do serviço de saúde, tendo em vista o vínculo criado com o agente comunitário (LEVY et al, 2004, p.5).

O vínculo entre as enfermeiras e os pacientes da atenção primária à saúde possibilita a identificação de fatores de risco para o suicídio, e torna possível sua prevenção (TREBEJO, 2000, p.1-2).

O enfermeiro da atenção básica possui vários meios para a realização de atividades preventivas, escolhendo o que será mais efetivo para ajudar o paciente. Dentre eles há a visita domiciliar, que ajuda no levantamento de casos possíveis para o suicídio. Após a detecção destes casos, é possível prevenir o suicídio através da atenção básica, o meio para esta trajetória é a escuta qualificada, livre de julgamentos, mostrando o interesse em ouvir os anseios do paciente (FERMANDES et al, 2018, p.13).

A partir das avaliações da equipe de enfermagem é possível organizar e planejar práticas de educação em saúde, com o objetivo de qualificar as intervenções de enfermagem junto ao indivíduo que tentou contra a própria vida ou possui risco para de ideação suicida. Desta maneira, a busca por conhecimento

sobre o tema: suicídio e seus fatores relacionados, através da qualificação e capacitação possibilita que o atendimento realizado pela equipe de enfermagem seja mais eficaz e produtivo aos pacientes. Tendo em vista a parceria da equipe de enfermagem da saúde primária com os demais serviços da rede de atenção em saúde mental, visando estratégias para desenvolver um melhor plano de cuidados (AZEVEDO et al, 2015, p.7).

O foco na atenção primária à saúde deve ser direcionado àqueles pacientes que necessitam de cuidado, pacientes que durante a entrevista demonstraram que predispunham às tentativas de suicídio. A realização de campanhas e ações educativas nas comunidades e escolas tende a prevenir o comportamento suicida. A redução do consumo de álcool e drogas e abusos entre jovens e adultos, programas que visem à redução da violência entre a sociedade e a remoção de barreiras que dificultam o acesso da população à saúde mental são exemplos de ações que atuam de forma positiva para a redução dos índices de comportamento suicida (KNOX et al, 2004, p.4).

Os enfermeiros da atenção básica quando identificam um paciente com fator suicida adotam como procedimento a realização do encaminhamento desses pacientes aos serviços especializados como, por exemplo, o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) ou o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), como forma de oferecer ajuda para esses pacientes (FERREIRA et al, 2019, p.9).

Pacientes que estejam em situações de sofrimento mental, mas que não necessariamente tenham uma patologia instalada, poderão receber atendimento no CAPS, que oferece apoio psicossocial aos casos que necessitam do atendimento de profissionais da saúde mental (BRASIL, 2013, p.10).

O *supre (suicide prevention program)*, iniciativa da organização mundial da saúde prevê: escutar com empatia, identificar o risco para o suicídio, identificar pessoas que possam auxiliar no acompanhamento, como familiares e conhecidos, e encaminhar a um serviço de emergência para que, se necessário, ocorra hospitalização, concordando assim com algumas das ações desempenhadas pelas enfermeiras no atendimento realizado ao usuário com comportamento suicida e estão de acordo com as ações propostas pelo (SUPRE). O paciente com ideação suicida associada a transtornos psiquiátricos (são fatores agravantes), devem ser acompanhados em tempo integral com a finalidade de prevenir o acesso a meios letais (BRASIL, 2004, p.5).

O Sistema Único de Saúde (SUS) tem como uma de suas diretrizes a integralidade do cuidado de saúde mental, o que torna a prevenção e o cuidado da ideação suicida mais um compromisso dos profissionais com os usuários. O cuidado integral pode indicar o desempenho do profissional que se compromete com os pacientes com sofrimento mental que o procura (BOTEGA, et al, 2005, p.4).

Quando se pensa em suicídio, o porquê é a pergunta mais repetida e questionada, não somente pela equipe de profissionais, mas também pelo indivíduo com esse pensamento, os pensamentos e reflexões sobre sentimentos, faltas, lacunas abertas ou mistérios que rondam a existência. Isso leva o profissional a questionamentos, a refletir o porquê de as pessoas se matarem, o que levou aquela pessoa ao suicídio, conseqüentemente busca por respostas no para aliviar a sensação de indignação e inconformismo (BARBOSA et al, 2014, p.7).

A comunicação, a articulação das ações e a compreensão das diferentes técnicas tornam-se indispensáveis para que o trabalho em equipe ocorra de forma

harmoniosa e que haja interação entre os profissionais com o mesmo objetivo de cuidado (CREVELIM; PEDUZZI, 2005, p.4).

As estratégias de prevenção do suicídio são importantes para todos os níveis da saúde, ter comprometimento com os pacientes e usuários do serviço de saúde é fundamental para manter o paciente com qualidade de vida no que compete ao serviço.

Considerações Finais

O suicídio é entendido como meio de se livrar do sofrimento, angústias e depressão, pessoas que estão nesta situação acreditam que a solução é dar fim à própria vida. Nos serviços de saúde a equipe de enfermagem atua na identificação de fatores de risco de suicídio, usando de estratégias preventivas que proporcionam mais segurança e confiança aos indivíduos com ideação suicida e seus familiares, estratégias que poderão diminuir o quantitativo de suicídio. São a forma mais eficaz de intervenção do enfermeiro, da equipe de saúde diante o comportamento e tentativas de autoextermínio.

As intervenções de enfermagem são essenciais para a identificação dos pacientes com risco ao suicídio, são o acolhimento do paciente em local seguro, a realização da anamnese e a classificação de risco. São ações realizadas na atenção primária que ajudam a minimizar o comportamento suicida.

Foi analisado o conhecimento e as estratégias de intervenção dos profissionais da enfermagem. Almejando a melhoria da prática clínica qualificou o cuidado prestado na saúde primária. Foram listados os fatores que influenciam o suicídio, o papel dos enfermeiros com pacientes com comportamento suicida e listadas as ações e prevenções.

O estudo expôs formas de despertar o desejo de união dos familiares para que estejam mais presentes na rotina do indivíduo com ideias e ações de suicídio. Foi um incentivo para a criação de novos programas e estratégias, bem como forneceu auxílio informativo para a sociedade, instigando-a a ter mais conhecimento sobre o assunto, e se necessário junto aos profissionais de saúde promover eficaz e essencial intervenção do indivíduo com comportamento suicida, ajudando a reduzir os riscos e os números de suicídios.

Os profissionais de enfermagem têm papel muito importante no acolhimento dos pacientes com risco ao suicídio e dos familiares. Para isso utilizam ferramentas e estratégias. São elas a anamnese, o exame do estado mental, a avaliação e a classificação de risco, o acolhimento do paciente em local seguro para ambos, uma rede de apoio juntamente a serviços especializados, familiares/cuidadores e administração de terapia medicamentosa, quando necessário, além de visitas domiciliares. São intervenções flexíveis que passam por revisões periódicas com o propósito de diminuir a quantidade de casos de suicídio por meio de estratégias realizadas nas mais diferentes esferas do cuidado.

Alguns profissionais apresentam dificuldade em lidar com fatores que envolvem situação suicida, o que indica a necessidade de fortalecer as discursões e qualificações sobre a temática abordada. Há sempre a oportunidade de treinamento e capacitação.

Referências

AZEVEDO, EB et al. Tecendo práticas intersetoriais em saúde mental para pessoas em sofrimento psíquico. **Rev. Enferm UFSM**. acesso em 2015 Disponível em: <http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/view/13562>.

BARBOSA, FO; MACEDO, PCM; SILVEIRA, RMC. Depressão e o suicídio. **Rev. SBPH**. Acesso em 2014. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v14n1/v14n1a13.pdf>.

BERTOLETE, JM; MELLO-SANTOS, C, Botega, NJ. Detecção do risco de suicídio nos serviços de emergência psiquiátrica. **Rev. Bras Psiquiatr**. acesso em 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v32s2/v32s2a05.pdf>.

BOTEGA, NJ et al. Atitudes do pessoal de enfermagem em relação ao suicídio: a criação de uma escala de avaliação. **Rev Bras Psiquiatr**. 2005.

BURIOLA, AA et al. Assistência de enfermagem às famílias de indivíduos que tentaram suicídio. **Esc. Anna Nery** acesso em 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v15n4/a08v15n4.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Estratégia Nacional de Prevenção ao Suicídio. **Ministério da Saúde**, Brasília-DF, 2006.

BRASIL. Organização Mundial da Saúde. Preventing Suicide: a resource for Primary Health Care workers. Genebra, 2000.

BRASIL. **Organização Mundial da Saúde**. Relatório mundial sobre violência e saúde. Genebra, 2002.

BRASIL. **Organização Mundial da Saúde**. Preventing Suicide: a resource for Primary Health Care workers. Genebra, 2000.

BRASIL. Organização Mundial da Saúde (OMS). Saúde pública ação para a prevenção de suicídio: uma estrutura. **Organização Mundial da Saúde**, 2012.

BRASIL. Portaria Nº 1.876, de 14 de agosto de 2006. Define diretrizes nacionais de prevenção ao suicídio. **Diário Oficial** (da União, Brasília, DF). 2006.

BRASIL. **Ministério da saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Ministério da Saúde**. Brasília-DF, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental. Brasília: **Ministério da Saúde**. 2013.

COSTA, Gustavo Oliveira et al. Cuidados de enfermagem a pacientes com risco de suicídio **cienc cuid saúde**. 2017.

CREVELIM, MA; PEDUZZI, M. A participação da comunidade na equipe de saúde da família. Como estabelecer um projeto comum entre trabalhadores e usuários? **Rev. Ciênc. Saúde Coletiva**. 2005.

FRAZÃO LM, FUKUMITSU KO. A clínica, a relação psicoterapêutica e o manejo em Gestalt-terapia. Ed. São Paulo: Summus, 2015.

FERREIRA, *Juliana de Sousa et al.* Prevenção ao suicídio na atenção básica: concepção de enfermeiro. **Revista Cuidarte**. Colombia. Vol. 10 nº 2, 2019.

FERNANDES; MA, LIMA; GA, SILVA, JS. Escuta terapêutica como estratégia de prevenção ao suicídio: relato de experiência. **REV ENFERM UFPI**. 2018.

FONTENELLE, P. Suicídio: o futuro interrompido: guia para sobreviventes. São Paulo, 2008.

GONÇALVES, Jonas Rodrigo. Como fazer um Projeto de Pesquisa de um Artigo de Revisão de Literatura. **Revista JRG de Estudos Acadêmicos**. Ano II, Vol.II, n.5, 2019a.

GONÇALVES, Jonas Rodrigo. **Manual de Artigo de Revisão de Literatura**. Brasília: Processus, 2019b.

GONÇALVES, Jonas Rodrigo. **Manual de Monografia**. Brasília: Processus, 2019c.

GOMES, SR; APRATTO, JR PC. Educação continuada ao cuidador familiar: Intervenção do enfermeiro da estratégia de Saúde da família. **REINPEC**. 2016.

HECK, RM et al. **Ação dos profissionais de um centro de atenção psicossocial diante de usuários com tentativa e risco de suicídio**. Acesso em 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n1/a03v21n1>.

HECK, RM et al. **The interventions of professionals of a psychosocial care center towards clients who attempted or are at a risk of suicide**. Enferm [Internet]. 2017 Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n1/a03v21n1>

KAHLRAUSCH, Eglê et al. Atendimento ao comportamento suicida: concepções de enfermeiras de unidades de saúde. **Cienc cuid saúde**. 2008.

KNOX, KL; CONWELL, Y; CAINE, ED. If suicide is a public health problem, what are we doing to prevent it? *Am J Public Health*. 2004.

LEVY, FM; MATOS, PES; TOMITA, NE. Programa de agentes comunitários de saúde: a percepção de usuários e trabalhadores da saúde. **CAD SAÚDE PÚBLICA**. 2004.

LUOMA, JB; MARTIN, CE; PEARSON, JL. Contact with mental health and primary care providers before suicide: **a review of the evidence**. *Am J Psychiatry*. 2002.

MINAYO, MCS; CAVALCANTE, FG; SOUZA, ER. Methodological proposal for studying suicide as a complex phenomenon. **Cad Saude Publica**. 2006.

MANN, JJ. A current perspective of suicide and attempted suicide. **ANN INTERN MED**. 2002.

MORETT, AE; LÓPEZ, BA. Suicidio, homicidio y drogadicción en niños y adolescentes. **Revista médica del hospital general de México**. 1999.

MARQUETTI, FC; MILEK, G. Percurso suicida: observação e análise de alterações no cotidiano do indivíduo com tentativas de suicídio. **Rev. Ter Ocup Univ, São Paulo**, 2014. <https://doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v25i1p18-26>

North American Nursing Diagnoses Association (USA). **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2015.

NOGUEIRA, FJS; BRITO, FMG. Dialogues between mental health and primary health care: a Brazilian educational program for health work case report. *Pesqui prá psicossociais*. 2017.

PIACHESKI, Kelly Abreu et al. Comportamento suicida: fatores de risco e intervenções. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**. 2011. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n1/v12n1a24.htm>.

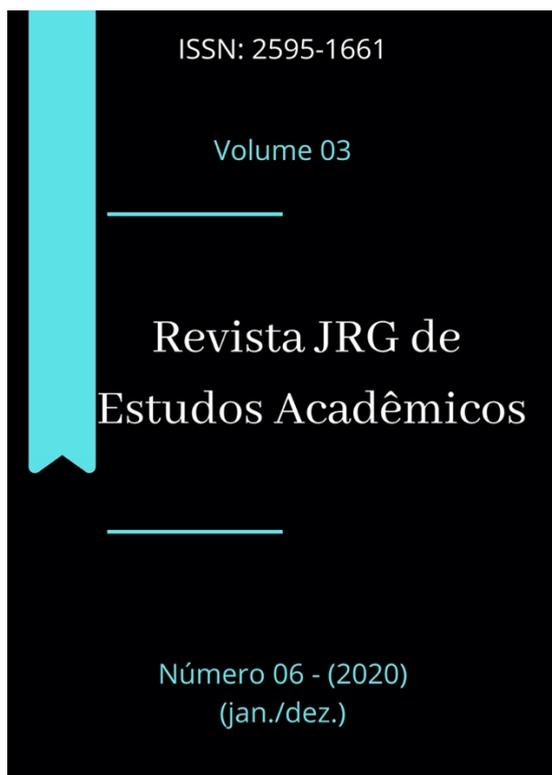
REISDORFER, Nara et al. Suicídio na voz de profissionais de enfermagem e estratégias de intervenção diante do comportamento suicida. **Rev. Enferm UFSM**. 2015.

RODRIGUES, AA; KAPCZINSKI, F. Risco de suicídio. In: Quevedo J, Carvalho AF, organizadores. **Emergências psiquiátricas**. 3. ed. Porto Alegre, 2014.

TREBEJO, AL; TREBEJO, LAL. Comportamiento del suicidio en ciudad de la Habana. Intervención de enfermería en la atención primaria de salud. **Rev Cubana Enfermer**. 2000.

TING, SA et al. Trends in US emergency department visits for attempted suicide and self-inflicted injury. 2015. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3428496/>.

Anexos e/ou Apêndices



Tramitação Editorial:

Data de submissão (recebimento):
01/01/2020.

Data de reformulação: 10/02/2020

Data de aceitação (expedição de carta de aceite): 01/03/2020

Data de disponibilização no site (publicação): 20/03/2020

Publicado: 2020-03-20

ANÁLISE DOS FATORES QUE LEVAM ENFERMEIROS À DEPRESSÃO¹.
Analysis of the factors that lead nurses to repression.

Victor Hugo dos Santos Costa²
MSc. Jonas Rodrigo Gonçalves³

Resumo

O tema deste artigo é a Análise dos fatores que levam enfermeiros à depressão. Investigou-se o seguinte problema: Quais os fatores que levam os enfermeiros à depressão? Cogitou-se a seguinte hipótese, fatores como baixa remuneração, carga horária exaustiva, locais insalubres, entre outros, levam os enfermeiros à depressão. O objetivo geral é identificar os fatores que levam os enfermeiros à depressão. Este trabalho é importante devido ao fato de ter aprendido os meios de prevenção para a depressão. Para a ciência, é relevante por ser uma importante ferramenta para esclarecer sintomas, causas e prevenção da depressão em enfermeiros. Agrega à

¹ © Todos os direitos reservados para a Revista JRG de Estudos Acadêmicos, cujas citações deste artigo são permitidas desde que citada a fonte. Artigo de Revisão de Literatura elaborado como Trabalho Final do curso de Enfermagem da Unip no ano de 2020, sob orientação do professor MSc. Jonas Rodrigo Gonçalves. Este artigo contou com a revisão linguística de Roberta dos Anjos Matos Resende.

² Graduando(a) em Enfermagem pela Unip (Universidade Paulista). Victor Hugo dos Santos Costa CV Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7651103128361835>. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7203-9607>. E-mail: Victor.92279308@gmail.com.

³ Doutorando em Psicologia; Mestre em Ciência Política (Direitos Humanos e Políticas Públicas); Licenciado em Filosofia e Letras (Português e Inglês); Especialista em Direito Constitucional e Processo Constitucional, em Direito Administrativo, em Direito do Trabalho e Processo Trabalhista, entre outras especializações. Professor das faculdades Processus (DF), Unip (SP) e Fases (GO). Escritor (autor de 61 livros didáticos/acadêmicos). Revisor. Editor. CV Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6904924103696696>. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4106-8071>. E-mail: jonas.goncalves@institutoprocesso.com.br.

sociedade por fornecer conhecimento sobre o tema. Trata-se de uma pesquisa qualitativa teórica com duração de seis meses.

Palavras-chave: Enfermeiros. Depressão. Estresse. Ansiedade. Prevenção.

Abstract

The theme of this article is Analysis of the factors that lead nurses to depression. Investigate the following problem, what are the factors that drive nurses to depression? The following hypothesis was considered "factors such as: low pay, exhaustive hours, unhealthy places, etc., lead nurses to depression". The general objective is to identify the factors that lead nurses to depression. This work is important due to the fact that I have learned ways to prevent depression; for science, it is relevant for having gained an important tool to clarify symptoms, causes and prevention of depression in nurses; it adds to society because people can acquire knowledge on the topic. This is a qualitative theoretical research lasting six months.

Keywords: Nurses. Depression. Stress. Anxiety. Prevention.

Introdução

A Depressão é um distúrbio mental que afeta toda a população do mundo, prejudicando o convívio social, familiar, causando insatisfação com a vida e gerando pensamentos negativos. Por se tratar de uma doença a qual todos estão propensos, a tendência é que a incidência cresça em todo o mundo.

A Depressão é uma alteração do estado emocional, possui vários sinais e sintomas, como tristeza, culpa, apetite modificado, sono alterado, retardo motor e ineficiência. Quando esses sinais e sintomas não tratados podem se agravar (CANDIDO; FUGERATO, 2008, p.07).

Este artigo propõe responder o seguinte problema, quais os fatores que levam os enfermeiros à Depressão? Diversos são os fatores que levam os enfermeiros à depressão.

Fatores relacionados ao sofrimento da saúde psíquica do profissional de enfermagem como baixa remuneração, falta de reconhecimento profissional, sobrecarga, relação conflituosa com a equipe multidisciplinar, risco de contaminação, carga horária excessiva, falta de autonomia nas atividades, ausência de gerenciamento entre a vida pessoal e a profissional (MANETTI et al, 2007, p.07).

A hipótese levantada frente ao problema em questão foi: fatores como carga horária excessiva, baixa remuneração, relação conflituosa, sobrecarga e falta de reconhecimento profissional levam os enfermeiros à Depressão. Diversos fatores levam os enfermeiros à Depressão, tais como a relação conflituosa com colegas de profissão, pacientes ou familiares, salários baixos, carga horária exaustiva e a vida pessoal ou profissional mal gerenciada.

A Depressão é desencadeada por uma série de fatores, como distúrbios de personalidade, desequilíbrios químicos cerebrais, e situações decorrentes do cotidiano (MANETTI, MARZIALE, 2007, p.09).

O objetivo geral deste trabalho é identificar os fatores que levam os enfermeiros à Depressão. Por meio deste artigo pretende-se identificar os fatores que acarretam o desenvolvimento de Depressão nos enfermeiros, os sinais e sintomas da depressão nos enfermeiros, quais as causas e consequências da depressão e os meios de prevenção.

A falta de condições, o trabalho, a organização, a dificuldade de remanejamento, a concepção da tarefa e a possibilidade de participação na gestão são fatores que interferem na saúde mental dos trabalhadores de enfermagem (CAMAROTTI; TEIXEIRA, 1996, p.05).

Os objetivos específicos deste trabalho são a sintomatologia da Depressão em enfermeiros, causas e consequências da Depressão e meios de prevenção. Com base na sintomatologia estarão relatados alguns sintomas da Depressão nos profissionais de enfermagem, as causas e consequências estão voltadas para o ambiente interno e externo ao serviço hospitalar e por fim os meios de prevenção que estão relacionados com a melhoria do serviço hospitalar, remuneração digna, equipamentos de qualidade, carga horária menos exaustivas, etc.

As consequências do trabalho de enfermagem repercutem sobre a saúde dos profissionais. Estes são submetidos a condições inadequadas de trabalho, colocam suas vidas em risco e diminuem a qualidade dos serviços prestados. Os profissionais são acometidos por vários sintomas e doenças, dentre elas o etilismo, estresse, hipertensão arterial, doenças cardiovasculares, além da Depressão que causam vários danos ao corpo e a mente dos enfermeiros (PEREIRA, 2013, p.09).

Esta pesquisa é importante pois mostra para toda a população, inclusive para os enfermeiros e estudantes acadêmicos de enfermagem, as causas da Depressão e principalmente os meios de prevenção. A enfermagem é uma profissão muito complicada por lidar com frequência com a morte, a dor, a doença, o choro e o clima negativo. Por isso, todos os enfermeiros e futuros enfermeiros estão suscetíveis a Depressão, conhecer as formas de prevenção facilita o cuidado.

Por meio deste artigo os índices de casos de enfermeiros e futuros enfermeiros afetados pela Depressão podem diminuir, pois relata os sintomas, as causas e a prevenção. A rede hospitalar possui condições precárias para os profissionais, o artigo relata as principais causas de depressão nos enfermeiros, e muitas das vezes os fatores predispostos para o desenvolvimento são internos. Dado o exposto, para o índice de Depressão diminuir é necessário melhorar as condições do ambiente de trabalho, valorizar os profissionais, oferecer palestras entre outras estratégias.

Em suma, a Depressão é uma patologia a qual todos estão propensos, todos passam por dificuldades em todas as áreas da vida. O presente artigo tem importância para toda a população, mas em especial para os enfermeiros e futuros enfermeiros, visto que mostra os sinais e sintomas da Depressão, e os meios de prevenção. O clima dentro do hospital é muito negativo, há diversos fatores estressores, o enfermeiro e o futuro enfermeiro que conheçam os meios de prevenção podem evitar a Depressão, diminuir os índices de crescimento, auxiliar outros colegas de equipe na prevenção ou mesmo na procura por ajuda.

É um estudo de revisão de literatura, que busca instruir, através de artigos publicados, de um determinado tema. O levantamento de dados foi realizado no período entre janeiro e abril de 2020, tendo como critério de inclusão de artigos publicados dos anos 2000 até 2020, em língua portuguesa e que respondam à pergunta norteadora.

Sem a elaboração de um projeto de pesquisa é quase impossível elaborar um estudo de caso, um artigo ou uma monografia. A elaboração de um projeto é o que direciona todo o desenvolvimento do trabalho, que envolve a especificação do tema, da hipótese, do problema, da metodologia, da justificativa etc. (GONÇALVES, 2019, p.03).

Análise dos fatores que levam enfermeiros à Depressão

Depressão é o nome atribuído ao conjunto de alterações comportamentais, emocionais e de pensamento, tais como afastamento do convívio social, perda de interesse nas atividades profissionais, acadêmicas e lúdicas, perda no prazer nas relações interpessoais, sentimento de culpa ou auto depreciação, baixa autoestima, desesperança, sono e apetite alterados, sensação de falta de energia e dificuldade de concentração. Tais alterações tornam-se crônicas e trazem prejuízos significativos em várias áreas da vida. O deprimido vê o mundo de outra maneira, sente a realidade de forma diferente e manifesta suas emoções de forma discrepante (SERVO, 2007, p.11).

A Depressão pode surgir por meio de situações desagradáveis vivenciadas por pessoas em seu cotidiano, devido a algum tipo de frustração, perda ou momentos que atingem o psicológico. Pode vir acompanhada de baixa autoestima, ansiedade e negatividade em tudo que vivencia (GARRO; CAMILO; NOBREGA, 2016, p.02).

Desde a antiguidade (500 a.C – 100 d.C), os sintomas da Depressão foram destacados, eram conhecidos como melancolia, com falta de apetite, tristeza e desejo de morte. Com o passar do tempo, e os avanços biológicos, identificou-se a melancolia como apenas um subtipo de Depressão (DUAILIB; SILVA; JUBARA, 2015, p.02).

O Brasil é um dos países que apresenta as maiores taxas de Depressão do mundo, 18,4% da sua população já teve ao menos um episódio de Depressão ao longo da vida, ficando atrás apenas da França com 21% e dos Estados Unidos da América com 19,2% (BROMET et al, 2011, p.06).

Segundo a OMS, todos estamos suscetíveis a depressão, de todas as idades, gêneros e origens. Afeta aproximadamente 350 milhões de pessoas no mundo e está entre as principais causas de incapacidade (WORLD HEALTH ORGANIZATION WHO, 2012, p.02).

A Depressão é um transtorno que afeta negativamente como se pensa, age e sente. É uma patologia com grandes índices de crescimento em todo o mundo. As pessoas afetadas são de alguma forma abaladas fisicamente ou emocionalmente. As deprimidas apresentam alguns sintomas, dentre eles a perda de interesse ou prazer nas atividades desenvolvidas, insônia, baixa autoestima, pensamentos constantes de morte ou suicídio, perda de energia e alterações no apetite.

É de extrema importância para a equipe multiprofissional, principalmente para a equipe de enfermagem, combater os problemas de saúde na sociedade. Porém, quando esses profissionais são acometidos por alguma patologia que os deixa incapazes de realizar suas atividades ou morrem, o ato de cuidar fica prejudicado. A Depressão está entre as doenças que vêm crescendo entre os profissionais, como os transtornos depressivos e os transtornos de ansiedade, que são os maiores causadores de suicídio e afastamento no trabalho (BROMET et al, 2011, p.06).

Os trabalhadores de enfermagem, em sua atividade laboral, são expostos a psicopatologias, como a Depressão, em decorrência da relação entre o trabalho hospitalar e a saúde mental do profissional. Esta relação expõe os trabalhadores fisicamente, por exposição aos riscos químicos, radiações, contaminações biológicas, excesso de calor, ao sistema de plantões, a excessiva carga horária de trabalho, e a organização do trabalho de enfermagem. E psiquicamente, decorrente da convivência diuturna com o sofrimento, a dor, a doença e a morte, tendo de enfrentar tais circunstâncias paralelamente aos próprios problemas emocionais (CAMAROTTI; TEIXEIRA, 1996, p.05).

Para Rios (et al, 2010, p.17) a exposição dos profissionais de enfermagem aos estímulos externos de natureza física e mental relacionados a complexidade do trabalho, a inexistência de condições ideais para a realização do cuidado ao lidar com pessoas em estado grave e risco eminente de morte pode os conduzir com maior facilidade ao desenvolvimento de Depressão.

O sofrimento psíquico do trabalhador está associado ao desgaste no trabalho, ao apoio social insuficiente, ao sentimento de insegurança no trabalho e a instituição de atuação do profissional (BOURBINNAIS et al, 1998, p.05).

A sobrecarga é um dos principais fatores que acarreta o desenvolvimento de Depressão, a demanda é muito grande para poucos profissionais. Existem procedimentos que exigem muito dos profissionais, muito complexos, com pouquíssimos recursos.

Sobrecarga, desgaste, suporte social, conflito de interesses, autonomia e execução de tarefas, escala, turno, setores de atuação, relacionamento interpessoal são todos fatores predispostos e desencadeadores da Depressão (SCHMIAT, D.R.C et al, 2011, p.02).

Segundo Pitta (1994, p.12), a situação do trabalho dos enfermeiros provoca sentimentos contraditórios como ansiedade, amor, ódio, compaixão, piedade e ressentimento contra os pacientes.

O risco de Depressão nos enfermeiros é alto devido a sobrecarga de trabalho, ambiente de trabalho em condições insalubres (GARTNER FR; KETELAAR SM et al, 2011, p.05).

A sobrecarga de trabalho e os problemas na escala geram efeitos negativos na capacidade funcional e moral dos profissionais de enfermagem, ocasionam a diminuição da satisfação, a menor intenção de permanecer no emprego, o aumento da Depressão e do sofrimento, além de sintomas físicos como a perda de apetite, nervosismo, indigestão, entre outros. Contudo, as equipes de enfermagem com maior autonomia na execução das tarefas reportam maior intenção de permanecer no emprego e menor sofrimento relacionado ao trabalho (SCHAEFER; MOOS, 1996, p.05).

Segundo Zandoná, Cabral (et al, 2014, p.13) a sobrecarga, ritmos, rotina de trabalho, disputas profissionais, cobranças e pressões, afetam de forma negativa a saúde e a vida das pessoas, ocasionando adoecimento mental, gerando falta de concentração e ausência de controle emocional.

Conforme Baba (et al, 1999, p.02) as pressões no trabalho, como o conflito de interesses e a sobrecarga, contribuem para o desequilíbrio, e o estresse não resolvido leva a deterioração da saúde mental, manifestada por Depressão e pela Síndrome de Burnout.

Os processos de desgaste do trabalhador de enfermagem são gerados pela diversidade, intensidade e simultaneidade de exposição a cargas físicas, químicas, mecânicas, fisiológicas e psíquicas, demonstrados pelos danos biopsíquicos, em suas diferentes formas de expressão, como a morbidade referida pelos trabalhadores, morbidade registrada pelos exames periódicos e acidentes de trabalho documentados, que são corroboradas pela presença de sinais e sintomas, aparecem como importantes indicadores do desgaste dos trabalhadores de enfermagem, e justificam a inclusão desta profissão no grupo das profissões desgastantes (LIPP, 2003, p.12).

Excessivas jornadas de trabalho, salários baixos, estresse pela instabilidade do emprego e o fato de lidar conseqüentemente com a morte, a dor e com o

sofrimento são fatores relacionados com sofrimento psíquico do trabalhador (OLIVEIRA et al, 2009, p.16).

O enfermeiro tem objetivos bem definidos, o cuidado e a cura do paciente. A enfermagem está relacionada com o melhor cuidado possível aos pacientes. A demanda é muito grande, isso torna a enfermagem uma profissão muito estressante. O ambiente de doença, morte, vida, cura, choro, abala constantemente os profissionais de enfermagem, os profissionais são quem tem mais contato com os pacientes.

A enfermagem tem atribuições bem definidas, atuando desde a promoção da saúde até a reabilitação. Neste contexto, pode-se dizer que o cansaço e o estresse são fatores que interferem na qualidade de vida do enfermeiro, produzindo nos profissionais de enfermagem angústias devido a diminuição da convivência familiar, assim como o tempo para dedicação aos aspectos da subjetividade tais como lazer, auto cuidado e cultura (CÔRREA, 2002, p.3 – 4).

O ambiente em que o enfermeiro atua, pode estimular o estresse e comprometer sua saúde psíquica. O meio de trabalho possui carga excessiva de estresse, podendo comprometer sua qualidade de vida e levar ao adoecimento (OLIVEIRA; MAZZAIA; MARCOLAN, 2015, p.02).

Diversos fatores estressores específicos do trabalho já foram identificados, dentre eles o clima de trabalho negativo, a falta de clareza nas tarefas executadas e a ausência de expectativa de crescimento profissional e ascensão social, refletindo em efeitos adversos sobre a saúde do profissionais, principalmente os que trabalham no âmbito da saúde (SCHAEFER; MOSS, 1996, p.02).

As exigências cognitivas que os profissionais de enfermagem sofrem em suas atividades comprometem o bom resultado do trabalho prestado. O estresse costuma aparecer no desenvolvimento das atividades de enfermagem (BRAGA, 1994, p. 7 – 8).

O estresse é a perda do controle emocional interno através de situações externas que cada pessoa vive, enquanto suas expectativas pessoais não são resolvidas. O estresse é uma reação normal devido aos desafios que vivenciamos em consequência do dia a dia (SERVO, 2007, p.06).

Para Oliveira (2015, p.02) os profissionais de enfermagem lidam com fatores que contribuem para o surgimento de estresse, como as divisões de tarefas em categorias, a desvalorização do trabalho, a relação autoritária com subordinados, com os pacientes e equipe e, diversas vezes, submisso ao poder do médico. Gerenciar e cuidar são funções do enfermeiro e, algumas vezes, a falta de uma boa comunicação com a equipe multidisciplinar acarretam a Depressão e ansiedade.

Outro fator que também pode ser relacionado como elemento estressor, é a ausência de representação social da indefinição do papel profissional, já que no processo do trabalho da enfermagem, o cuidado técnico-científico não é claramente demarcado como competência intrínseca da categoria (CARVALHO, 2001, p.13).

A ansiedade é um sentimento de medo vago e desagradável que se manifesta como um desconforto ou tensão decorrente de uma antecipação do perigo, de algo desconhecido. É importante para a sobrevivência humana, porém quando excessivo ou frequente, é prejudicial (GUIMARÃES et al, 2015, p.07).

Ansiedade, estresse e Depressão estão relacionados com a fadiga e o cansaço. Em vários casos esses sintomas aparecem como compaixão e autocompaixão, tanto com colegas de trabalho, pacientes e a si mesmo (CRUZ, 2014, p.12).

Entre toda a equipe multidisciplinar os profissionais de enfermagem são os com maiores risco de Depressão, pelo fato de lidarem constantemente com a dor, a morte, e o sentimento do indivíduo (SILVA; TAVARES et al, 2015, p,04).

Todo acadêmico após o término da graduação e durante a própria graduação imagina cenários positivos como o sucesso na profissão, salário bom, viagens, carro, casa própria, porém quando se depara com a realidade do mercado de trabalho fica em choque, podendo afetar sua saúde psíquica, devido aos sentimentos de frustração.

Um das regras socialmente estabelecidas é o sucesso profissional. Concebe-se que para ser plenamente feliz, deva ser primeiramente bem sucedido em sua profissão. O mercado de trabalho, a competitividade acirrada por uma vaga, mostra que a realidade é outra e poucos conseguem alcançar o patamar exigido. Neste jogo de superioridade e múltiplas competências, o mercado empregador estabelece baixos salários e uma carga de trabalho exaustiva, distanciando o alcance de uma remuneração compatível com o cargo proposto. Este cenário se agrava quando nos referimos aos profissionais de saúde, implicados na promoção na promoção da saúde e cuidado com o outro, como é o contexto das enfermeiras (LIPP, 2003, p.12).

A realidade do serviço de saúde ocasiona sofrimento psíquico, propiciando o surgimento de sintomas depressivos nos enfermeiros. Os enfermeiros não percebem ou não admitem ter sintomas depressivos, e as raras exceções apontam para as condições de trabalho como estimulador do adoecimento (FERNANDES; MERCOLAN, 2017, p.11).

Os problemas de relacionamento com supervisores e médicos vivenciados pela equipe de enfermagem acarretam maior sofrimento relacionado ao trabalho, menor satisfação no trabalho, menor intenção de permanecer no emprego, e humor deprimido. A longo prazo, estes problemas podem estabelecer fator de risco para o desenvolvimento de depressão e problemas físicos (SCHAEFER; MOOS, 1996, p.05).

A relação conflituosa no ambiente de trabalho pode ser tanto com os próprios colegas quanto com os pacientes e familiares. O conflito com os colegas de trabalho é devido aos conflitos de interesses, a falta de diálogo e imperícia. Em relação aos pacientes e seus familiares é pelas constantes reclamações do atendimento, pelo fato de ter maior proximidade do que qualquer profissão, as equipes de enfermagem são os profissionais que mais escutam reclamações (MONTEIRO, 2014, p. 18 – 19).

A falta de autonomia no planejamento ou execução de algum procedimento, gera certa frustração diante de toda a equipe. Ser um profissional resolutivo é de extrema importância, porém, devido a hierarquia e a outros fatores administrativos, por exemplo, essa autonomia acaba sendo retirada (PAULY et al, 2009, p.17).

A insatisfação com a rede é a principal frustração da enfermagem. Sua jornada de trabalho mesmo sendo sobrecarregada, permite que o profissional se instale em mais de um local de trabalho para que sua renda seja elevada. Mesmo com o duplo vínculo empregatício os resultados não são satisfatórios, os salários continuam baixos, isso acarreta cansaço excessivo e desenvolvimento de problemas psíquicos (ADRIANENSSES, 2012, p.17).

A enfermagem é uma profissão na qual o profissional lida frequentemente com a vida e a morte, dentro da profissão existem locais com os casos mais graves e mais tranquilos. O profissional atuante na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) lida constantemente com a morte, isso pode ser um fator predisposto para o abalamento psíquico do profissional.

A equipe de enfermagem pode ser influenciada por fatores internos ao trabalho e fatores externos, prejudicando sua saúde psíquica. Alguns setores hospitalares como a Unidade de Terapia Intensiva (UTI), Centro Cirúrgico (CC), Urgência e Emergência, são mais desgastantes, ocasionando a diminuição da qualidade de vida do trabalhador (FRANCO et al, 2005, p.05).

Em estudo realizado no Distrito Federal-DF, a UTI (28,6%) e a Emergência (13,3%) obtiveram as menores frequências de Depressão entre os trabalhadores de enfermagem, sendo que as maiores frequências corresponderam aos setores: Clínica de queimados – 71,4%, Clínica pediátrica – 50,0%, Centro Cirúrgico – 40,0% e Ambulatório – 35,7% (CAMAROTTI; TEIXEIRA, 1996, p.05).

O local de atuação pode ser determinante desencadeador de elementos que constituem o desgaste psicológico. O enfermeiro deve reconhecer os aspectos que o incomodam, para de alguma forma, poder enfrentar a situação (PRETO; PEDRÃO, 2014. p.11).

Na atividade hospitalar a enfermeira é responsável pela gestão da equipe de enfermagem e pelo acompanhamento do paciente nas suas necessidades de saúde, e aos seus familiares, durante todo o tempo em que a pessoa está no hospital. Esta equipe muitas vezes se encontra em situações que nem sempre são fáceis de lidar, como o conflito que esses profissionais enfrentam entre a realidade do seu trabalho e seus ideais e expectativas. Esse conflito é, sem dúvida, uma fonte estressora, que a literatura confirma, os profissionais de enfermagem estão suscetíveis aos problemas de saúde mental (SALLES, 2005, p.13).

A prevalência da depressão, avaliada em trabalhadores de enfermagem, apresentou correlação positiva com o sexo feminino e com a idade, havendo a preponderância no sexo feminino (37,4%), quando comparados aos índices masculinos (20,0%), e sendo verificada prevalência igual a 40% na faixa acima dos 59 anos, entre os profissionais de enfermagem no Distrito Federal-DF (CAMAROTTI; TEIXEIRA, 1996, p.06).

A profissão de enfermagem é composta em sua maioria por mulheres, casadas, e o cargo de profissional da enfermagem é um dos fatores que favorecem para o desenvolvimento de Depressão, pelo fato de lidar com o marido, filhos, casa e trabalho (BARBOSA et al, 2012, p.12).

O avanço da tecnologia trouxe diversos benefícios para a saúde, melhoria no atendimento, agilidade e confiabilidade no diagnóstico e resultados alcançados, entre outras melhorias. Apesar das melhorias, trouxe também alguns malefícios como leitos lotados devido ao rápido diagnóstico e dificuldades no tratamento pela superlotação, baixa autoestima, estresse e ansiedade.

A modernização e implementação de novas tecnologias promoveu fortes mudanças no desenvolvimento e condições de trabalho como o aumento da produtividade em curto espaço de tempo, exigências na qualidade das produções e mecanismo, grande pressão e cobranças por metas, o que interferiu no comportamento psíquico do trabalhador, e conseqüentemente no aumento dos riscos de adoecimento mental e doenças em geral. Progressivamente tem sido reconhecida a influência da atividade ocupacional sobre o bem-estar emocional do trabalhador (GUIMARÃES, 1999, p.05).

O Brasil foi denominado como o quarto país da América Latina a apresentar os maiores números de crescimento de suicídio entre os anos 2000 e 2012, com taxa geral de aproximadamente 4,3 por 100.000 habitantes (HECK et al, 2012, p.06).

As causas principais de esgotamento e fadiga dos enfermeiros são as sobrecargas de serviço noturno, a distribuição de tarefas pelos supervisores que deverão ser realizadas em um curto período de tempo e o nível de autoridade e autonomia no cenário de trabalho (SILVA, N.C et al, 2016, p.13).

Por ser uma profissão na qual em nenhum momento o paciente pode estar sem o amparo de um profissional, o trabalho noturno aparece com fator de risco altíssimo para a Depressão. O profissional atuante na noite não tem horário de dormir e se o tem é insuficiente.

Uma investigação apontou o trabalho noturno como fator de risco para o desenvolvimento da Depressão maior. As enfermeiras intensivistas com Depressão não apresentavam um desempenho adequado no trabalho, afetando a assistência ao cliente e ao ambiente de trabalho (RUGGIERO, 2003, p.02).

No profissional que labora no período noturno, o débito de sono exerce um impacto sobre o metabolismo e a função endócrina no organismo, ocasionando a diminuição da glicose, aumentando os riscos de sobrepeso e obesidade (ARREAL; PONTIN, 2013, p.14).

O número de horas trabalhadas na semana, o tipo de unidade, o tipo de treinamento recebido, a escala de trabalho, bem como a idade e a carga de trabalho doméstico, não se associaram ao sofrimento psíquico dos enfermeiros no estudo desenvolvido no Canadá (BOURBONNAIS et al, 1998, p.05).

Os profissionais de enfermagem, assistentes sociais e os professores são os que estão mais favoráveis aos problemas mentais, pois são os que mais interagem com as pessoas que necessitam de ajuda profissional (BABA; GALAPERIN; LITUCHY, 1999, p.02).

O tratamento para qualquer transtorno mental é longo, na maioria das vezes os pacientes desistem de tomar a medicação por conta própria, por acreditar que estão bem. Mas como toda doença é silenciosa não é recomendado cessar o uso de medicações para qualquer patologia por conta própria.

O grande desafio para o tratamento de Depressão é o fato de a metade dos pacientes interromperem o tratamento com antidepressivos nos primeiros seis meses (IBANEZ; MERCEDES BP et al, 2014, p.05).

No Canadá, um estudo observou que o sofrimento psíquico do trabalhador de enfermagem estava associado a vivência de eventos estressantes nos últimos 12 meses (BOURBONNAIS et al, 1998, p.06).

Como toda patologia a Depressão não é diferente, existem diversos meios de prevenção, ainda mais por se tratar de uma doença com altos índices de crescimento em todo o mundo. A Depressão é um transtorno ao qual toda população do mundo está suscetível, todo cidadão sofre abalos tanto fisicamente como psicologicamente.

As intervenções para reduzir o sofrimento psíquico no trabalho estão associadas a uma melhor e mais clara divisão do trabalho, apoio do supervisor e dos colegas, participação no processo de tomadas de decisão, reposição dos trabalhadores faltantes, reconhecimento por parte dos superiores, oportunidade para desenvolver suas habilidades e para falar sobre as tensões no trabalho (BOURBONNAIS et al, 1998, p.06).

O treinamento das chefias e supervisões deve ser realizado de forma dinâmica e permanente para a liderança do grupo, focados no suporte social, no trabalho e na melhor comunicação entre a equipe e supervisores, acrescido de estratégias para aumentar a coesão entre o grupo, buscando beneficiar tanto os trabalhadores como o hospital (SCHAEFER; MOSS, 1996, p.06).

Considerações Finais

A Depressão é um transtorno mental desenvolvido através de problemas emocionais e físicos, a população em um todo encontra-se predisposta ao seu desenvolvimento, todos vivenciam situações ruins em alguma etapa da vida. O presente trabalho refere-se sobre a análise de fatores que levam os enfermeiros à Depressão, os enfermeiros que vivenciam fatores estressores estão suscetíveis ao desenvolvimento de Depressão.

Quais os fatores que levam os enfermeiros à Depressão. Acredita-se que a relação conflituosa, a falta de reconhecimento no trabalho, as cargas horárias exaustivas e remuneração baixa são os fatores que acarretam o desenvolvimento da Depressão em enfermeiros.

Foram analisados os fatores que levam os enfermeiros à Depressão. Finalizando com o intuito de relatar os sinais e sintomas da Depressão em enfermeiros, as causas e consequências da Depressão e os meios de prevenção.

O estudo foi de suma importância para os autores devido ao fato de terem adquirido conhecimento sobre a Depressão, principalmente a que acomete os enfermeiros. Com a elaboração deste artigo a ciência ganhou mais uma ferramenta importante com o objetivo de mostrar aos enfermeiros e futuros enfermeiros a sintomatologia da Depressão, as causas e consequências e principalmente os meios de prevenção, permitindo evitar novos casos. O alvo principal do desenvolvimento do artigo foram os enfermeiros e acadêmicos de enfermagem, a profissão é bastante estressante e os profissionais têm de aprender a lidar com situações do cotidiano.

Evidenciou a importância do conhecimento dos enfermeiros perante a Depressão. O enfermeiro vivencia fatores estressores, é importante que conheça sobre a depressão em um todo, evitando ser acometido e ajudando outras pessoas a não serem. A enfermagem é uma profissão que tem diversos fatores para desenvolver a Depressão, existem meios de prevenção como a valorização dos profissionais, salários dignos, equipamentos de qualidade e cargas horárias reduzidas.

Referências

ADRIAENSSES Jes; GUCHT, Veronique De, MAES Stan. Fatores que ocasionam o índice de transtornos depressivos e ansiedade em profissionais de enfermagem. V.49, N.11, 2012.

BABA, V; PERIN, BL; LITUCHY, TR. Fatores associados a depressão relacionada ao trabalho de enfermagem. Acesso em 1999.

BARBORA, S et al. Fatores que ocasionam o índice de transtornos depressivos e ansiedade em profissionais de enfermagem. N.3, 2012.

BOURBONNAIS, R et al. Fatores associados a depressão relacionada ao trabalho de enfermagem. 1998.

BRAGA, V.A.B. Relação de estresse, ansiedade e qualidade de vida na enfermagem. Ribeirão Preto, USP, 1994.

BROMET, G et al. Fatores que ocasionam o índice de transtornos depressivos e ansiedade em profissionais de enfermagem. Acesso em 2011.

CAMAROTTI, H; TEIXEIRA, H.A. Fatores associados a depressão relacionada ao trabalho de enfermagem. Acesso em 1996.

CANDIDO; FUGERATO. Fatores que ocasionam o índice de transtornos depressivos e ansiedade em profissionais de enfermagem. Rio de Janeiro, V.12, N.3. Acesso em 16 de novembro de 2018.
Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452008000300012>

CARVALHO, V.D; LIMA, P.R.D.E. Relação de estresse, depressão e qualidade de vida na enfermagem. São Paulo, V.34, março de 2001.

CÔRREA, A.K. Relação de estresse, depressão e qualidade de vida na enfermagem. Ribeirão Preto, 2002.

CRUZ, B.S.P. Sintomas depressivos em enfermeiros do serviço hospitalar privado. **Id On Line Revista Multidisciplinar e de Psicologia**. V.5, N.2, 2016.

DUAILIB, K; SILVA, A.S.M; JUBARA, C.F.B. Sintomas depressivos em enfermeiros do serviço hospitalar privado. **Id On Line Revista Multidisciplinar e de Psicologia**. V.72, N.12, 2015.

FERNANDES, D.M; MARCOLAN, J.F. Sintomas depressivos em enfermeiros do serviço hospitalar. **Id On Line Revista Multidisciplinar e de Psicologia**. V.13, N.1, 2017.

FRANCO, G.P; BARROS, A.L.B.L; NOGUEIRA, L.A. Fatores associados a depressão relacionada ao trabalho de enfermagem. 2005

GARRO, I.M.B; CAMILO, S.O; NOBREGA, M.P.S.S. Sintomas depressivos em enfermeiros do serviço hospitalar privado. **Id On Line Revista Multidisciplinar e de Psicologia**. V,19, N.2, 2016.

GARTNER, F.R et al. Trabalho e sintomatologia depressiva em enfermeiros da estratégia de saúde da família. **Smad, Revista eletrônica saúde mental álcool drog**. 2011.

GONÇALVES, Jonas Rodrigo. Como escrever um Artigo de Revisão de Literatura. **Revista JRG de Estudos Acadêmicos**, Ano II, V.II, n.5, 2019.

GONÇALVES, Jonas Rodrigo. Como fazer um Projeto de Pesquisa de um Artigo de Revisão de Literatura. **Revista JRG de Estudos Acadêmicos**, Ano II, V.II, n.5, 2019.

GONÇALVES, Jonas Rodrigo. **Metodologia Científica e Redação Acadêmica**. 8. ed. Brasília: JRG, 2019.

- GUIMARÃES, A.M.V. Fatores que ocasionam o índice de transtornos depressivos e ansiedade em profissionais de enfermagem. 2015.
- GUIMARÃES, L.A et al. Relação de estresse, depressão e qualidade de vida na enfermagem. V.1, São Paulo, 1999.
- HECK, R.M et al. Fatores que ocasionam o índice de transtornos depressivos e ansiedade em profissionais de enfermagem. 2012.
- IBANEZ, G et al. Trabalho e sintomatologia depressiva em enfermeiros da estratégia de saúde da família. **Smad, Revista eletrônica saúde mental álcool drog.** 2014.
- LIPP, M.E.N (org). Relação de estresse, depressão e qualidade de vida na enfermagem. São Paulo, 2003.
- MANETTI, M.L; MARZIALE, M.H.P. Fatores que ocasionam o índice de transtornos depressivos e ansiedade em profissionais de enfermagem. V.12, N.1 Acesso em: 16 de novembro de 2018. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-294X2007000100010>
- MONTEIRO, J.K; GRISA, G.H. Fatores que ocasionam o índice de transtornos depressivos e ansiedade em profissionais de enfermagem. V.6, N.2, setembro de 2014.
- OLIVERIA, F.P; MAZZAIA, M.C; MARCOLAN, J.F. Sintomas depressivos em enfermeiros do serviço hospitalar privado. **Id On Line Revista Multidisciplinar e de Psicologia.** V.28, N.3, 2015.
- OLIVEIRA, G et al. Fatores que ocasionam o índice de transtornos depressivos e ansiedade em profissionais de enfermagem. 2009.
- OLIVEIRA, J.D.O et al. Sintomas depressivos em enfermeiros do serviço hospitalar privado. **Id On Line Revista Multidisciplinar e de Psicologia.** V.47, N.4, 2015.
- PAULY, B et al. Fatores que ocasionam o índice de transtornos depressivos e ansiedade em profissionais de enfermagem. V.16, n.5, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0969733009106649>
- PEREIRA, R.S.F. Fatores que ocasionam o índice de transtornos depressivos e ansiedade em profissionais de enfermagem. 2013.
- PITTA, A. Relação de estresse, depressão e qualidade de vida na enfermagem. São Paulo, 1994.
- PRETO, V.A; PEDRÃO, L.J. Sintomas depressivos em enfermeiros do serviço hospitalar privado. **Id On Line Revista Multidisciplinar e de Psicologia.**
- RIOS, K.A; BARBOSA, D.A; BELASCO, G.A.S. Fatores que ocasionam o índice de transtornos depressivos e ansiedade em profissionais de enfermagem. 2010.

RUGGIERO, J.S. Fatores associados a depressão relacionada ao trabalho de enfermagem. 2003

SALLES, E.P. Relação de estresse, depressão e qualidade de vida na enfermagem. Goiânia, 2005.

SCHAEFER, J.A; MOSS, R.H. Fatores associados a depressão relacionada ao trabalho de enfermagem. Acesso em 1996.

SCHMIAT, D.R.C; DANTAS, R.A.S; MARZIALE, M.H.P. Trabalho e sintomatologia depressiva em enfermeiros da estratégia de saúde da família. **Smad. Revista eletrônica saúde mental álcool drog.** 2011.

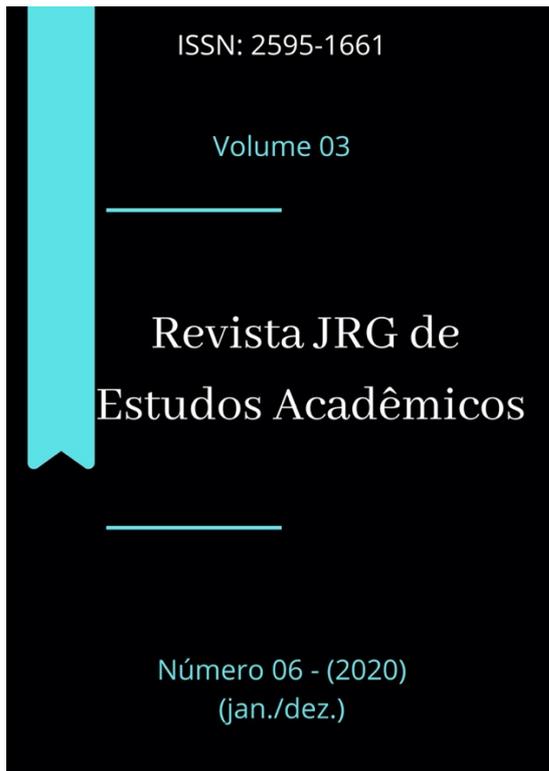
SERVO, M.L; ARAUJO, P.O. Relação de estresse, depressão e qualidade de vida na enfermagem. Ano IV, N.10, maio de 2007.

SILVA, D.S.D et al. Trabalho e sintomatologia depressiva em enfermeiros da estratégia de saúde da família. **Smad. Revista eletrônica saúde mental álcool drog.** 2015

SILVA, N.C et al. Sintomas depressivos em enfermeiros do serviço hospitalar privado. **Id On Line Revista Multidisciplinar e de Psicologia.** V.5, N.2, 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Trabalho e sintomatologia depressiva em enfermeiros da estratégia da saúde da família. **Smad. Revista eletrônica saúde mental álcool drog.** Acesso em: 13 de fevereiro de 2016 Disponível em: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/data-and-statistics>

ZANDONÁ, C; CABRAL, F.B; SULZBACH, C.C. Sintomas depressivos em enfermeiros do serviço hospitalar privado. **Id On Line Revista Multidisciplinar e de Psicologia.** V.38, N.144, 2014.



Tramitação Editorial:

Data de submissão (recebimento):
01/01/2020.

Data de reformulação: 10/02/2020

Data de aceitação (expedição de carta de aceite): 01/03/2020

Data de disponibilização no site (publicação): 20/03/2020

Publicado: 2020-03-20

AVALIAR OS MOTIVOS DA DEPRESSÃO PÓS-PARTO: UMA REVISÃO BIBLIOGRAFICA DE LITERATURA

Evaluating the reasons for post-delivery depression: a bibliographic review of literature

Mylla Walleska Pereira Lopes¹
MSc. Jonas Rodrigo Gonçalves²

Resumo

O tema deste artigo é: Avaliar os motivos da Depressão pós-parto: uma revisão bibliográfica de literatura. Investigou-se o seguinte problema: Quais os impactos gerados na vida de uma puérpera diagnosticada com Depressão pós-parto? Cogitou-se a seguinte hipótese: espera-se encontrar respostas para identificar precocemente uma gestante em risco de desenvolver a Depressão pós-parto e através disso direcionar o atendimento de qualidade a esse grupo de risco. Buscando também a melhor forma de fortalecer o vínculo mãe-filho, outrora fragilizado pela Depressão pós-parto. O objetivo geral é identificar os sintomas primários causados pela Depressão pós-parto e as intervenções eficazes para o tratamento segundo a literatura. Este trabalho é importante para os enfermeiros conhecerem a Depressão pós-parto e entenderem quando estão com DPP (Depressão pós-parto). Para a ciência, é relevante conhecer cada fase da Depressão. Agrega à sociedade por orientar quando

¹ Graduanda em Enfermagem pela Unip (SP). CV Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0083016923153375>. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3720-9919>. E-mail myllalopes38@gmail.com.

² Doutorando em Psicologia (Cultura Contemporânea e Relações Humanas). Mestre em Ciência Política (Políticas Públicas, Direitos Humanos e Cidadania). Especialista em Letras (Revisão de Texto); Didática do Ensino Superior em EAD; Formação em EAD; Docência na Educação Superior; Gestão do Agronegócio. Licenciado em: Letras (Português/Inglês); Filosofia; e Sociologia. Professor das faculdades: Processus (DF); CNA (DF); Fasesa (GO); e Unip (SP). Escritor; Revisor; Editor. E-mail: professorjonas@gmail.com.

há o enfrentando de uma Depressão e seu devido tratamento. Trata-se de uma revisão bibliográfica com uso da dialética.

Palavras chave: Mulher. Depressão. Assistência de Enfermagem. Lactante. Maternidade.

Abstract

The theme of this article is: Assessing the reasons for postpartum depression: A literature review. The following problem was investigated: "What are the impacts on the life of a child diagnosed with postpartum depression?". The following hypothesis was considered: "It is expected to find answers to early identify a pregnant woman at risk of developing postpartum depression and, through this, direct quality care to this risk group. Also looking for the best way to strengthen the mother-child bond, once weakened by postpartum depression". The general objective is "To identify the primary symptoms caused by postpartum depression and the effective interventions for treatment according to the literature". This work is important for a nurse to know what postpartum depression is and to understand when she is with DPP (Postpartum depression); for science, it is relevant to know each stage of depression; it adds to society by the fact of knowing when it is facing a depression and if due treatment. This is a bibliographic review using dialectic.

Keywords: Women. Depression. Nursing care. Nursing. Maternity.

Introdução

Através de pesquisas e estudos serão avaliados os reais motivos da Depressão pós-parto (DPP). Os avanços do conhecimento científico dos fenômenos físicos em obstetria e ginecologia têm proporcionado habilidades fundamentais aos enfermeiros e médicos, permitindo a prática de assistência que supra as necessidades mais específicas das mulheres. No entanto, as condutas baseadas apenas nos aspectos biológicos são insuficientes, precisam ser potencializadas, especialmente pela compreensão dos processos psicológicos que permeiam o período reprodutivo.

Diante dessa necessidade surgiu o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), na década de 1980, enfocando o conceito de atenção integral e redimensionando o significado do feminino no contexto social, no qual as mulheres deixaram de ser vistas apenas como reprodutoras, ou parideiras, e o cuidado com a saúde passa a ser produzido com visão ampliada, sem restrição apenas ao ciclo gravídico-puerperal e ao binômio mãe-filho (BERETTA et al, 2008).

Este artigo propõe responder ao seguinte problema: quais os impactos gerados na vida de uma puérpera diagnosticada com Depressão pós-parto? A Depressão é uma epidemia que se alastra pela sociedade e atinge pessoas de diferentes faixas etárias. É classificada no grupo das doenças afetivas, ou seja, doenças que apresentam evolução cíclica, que alternam períodos depressivos com fases de absoluta sanidade. Os transtornos depressivos podem ser classificados de várias formas, podemos citar sinais como a desregulamentação do humor, o transtorno depressivo maior, o depressivo persistente, entre outros.

A palavra Depressão frequentemente é associada com reações diante do sofrimento e o sentimento de perda, é considerada uma doença pós-moderna. Por sua prevalência (uma em cada seis pessoas da população em algum momento da vida experiencia esta síndrome) e custos sociais é uma importante questão de saúde pública da atualidade. Considerando o gênero, é a quinta doença mais onerosa para

a saúde das mulheres (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009, p.03).

A hipótese levantada foi encontrar respostas para identificar precocemente uma gestante em risco de desenvolver a Depressão pós-parto. Considerando a importância de uma intervenção adequada na Estratégia Saúde da Família (ESF) que tem como base o trabalho em equipe multiprofissional, interdisciplinar e a abordagem da família, os profissionais médico e enfermeiro estão em posição favorável para detectar precocemente e intervir, evitando o agravamento do processo da Depressão puerperal.

No processo de DPP é possível visualizar e identificar algumas características comuns, como a presença de humor triste, relato de vazio e irritabilidade. Apresentando inclusive alterações do sistema simpático e cognitivo, que afetam diretamente a capacidade de funcionamento mental do indivíduo. É interessante ressaltar que a diferença entre os transtornos ocorre através da duração dos eventos depressivos, caracterizados por episódios distintos de no mínimo duas semanas de duração (FURLAN et al, 2010).

Nesse mesmo contexto, o objetivo geral é identificar os sintomas primários causados pela Depressão pós-parto e as intervenções eficazes para o tratamento de acordo com a literatura. Podemos relatar que o diagnóstico é gerado por um único episódio, exigindo atenção especial para a verificação de suas peculiaridades, dentre elas a tristeza e o luto que podem ter intensidade distintas. A forma mais crônica da Depressão é o Transtorno Depressivo Persistente, que pode ser diagnosticado através da análise criteriosa dos relatos de evidências de perturbação do humor contínuo, por pelo menos dois anos em adultos e um ano em crianças.

De acordo com os estudos epidemiológicos a prevalência da Depressão ao longo da vida no Brasil está em torno de 15,5%. Segundo a OMS a predominância da Depressão na rede de atenção primária de saúde é de 10,4% isoladamente ou associada a um transtorno físico. A Depressão também ocupa o quarto lugar entre as principais causas de ônus, ou melhor, é responsável por 4,4% dos gastos em saúde pública. A época mais comum ao surgimento é o final da 3ª década da vida, podendo começar em qualquer idade (ALVARENGA, 2013, p. 402-410).

A incidência maior ocorre em mulheres, 20%, e em homens é de apenas 12%. Os objetivos específicos deste trabalho são: verificar segundo a literatura os motivos que desencadeiam a Depressão pós-parto e investigar formas mais eficazes de tratamento.

A Depressão em mulheres é documentada e discutida em diversos estudos, a Depressão pós-parto (DPP) alcançou maior evidência, pois acomete entre 10 e 20% das mães, em alguns casos chega a 40% de incidência e está associada a uma série de variáveis biológicas, sociais e psicológicas que por diversos fatores podem gerar doenças fisiológicas de risco para a gestação, o que levanta um alerta para a assistência de enfermagem em conjunto com uma boa equipe multidisciplinar para realizar o acolhimento dessas mulheres preventivamente (FURLAN et al, 2010).

É imprescindível produzir estudos que relatem a Depressão pós-parto, pois é uma patologia com sintomas e sinais que precisam de atenção da equipe multidisciplinar. Quando detectada precocemente pode ser efetuado o tratamento apenas com a intervenção da psicoterapia. Contudo, nas fases mais avançadas da doença a intervenção medicamentosa é necessária.

A realização desse estudo auxiliará a enfermagem na identificação dos sintomas causados pela Depressão e as intervenções eficazes para o tratamento, e tornará mais ágil a obtenção do tratamento.

Este trabalho agrega valor para a sociedade, pois auxilia na percepção da doença, suas características e estágios, na busca por ajuda médica, permitindo o início imediato do tratamento.

É uma pesquisa qualitativa, os dados foram obtidos por meio de pesquisa bibliográfica, considerando os aspectos e números de pacientes que portaram a doença no período de pós maternidade, com características iguais ou parecidas com a Depressão, profunda ou em outros estágios. O trabalho é uma revisão bibliográfica com o uso da dialética. A coleta de dados foi realizada por meio de pesquisa bibliográfica nas seguintes bases de dados: Eletronic Libray online (Scielo), Periódicos da Capes e Biblioteca Virtual em saúde (BVS). Os descritores utilizados de acordo com o vocabulário de termos em Descritores em ciência de saúde (DECS) foram: mulher, depressão, assistência de enfermagem, lactante, maternidade.

Foram aceitos para esta revisão bibliográfica estudos originais e de revisão que estivessem disponíveis online e gratuitos em plataformas como o Google Acadêmico através das palavras chaves: Mulher, Maternidade e Depressão. Os estudos incluídos abrangiam o recorte temporal de 2010 até 2020. Apenas no idioma português. Foram excluídos artigos com mais de 10 anos, relatórios de pesquisas, editoriais, cartas ao editor, monografias, dissertações.

Diante da contextualização, o artigo propõe apresentar uma revisão de literatura dos trabalhos publicados de acordo com os critérios especificados anteriormente, leitura íntegra e seleção dos artigos de interesse coletivo para compor o trabalho, propocionando comparações sobre a metodologia, os resultados e as conclusões (GONÇALVES, 2019,p.30).

Avaliar os motivos da Depressão pós-parto: uma revisão bibliográfica de literatura

As evidências científicas mostram que a etiologia da Depressão pós-parto não está esclarecida, porém está associada ao relacionamento conflituoso com o pai da criança, com familiares, a ausência de apoio familiar, o desemprego, a escolaridade, o baixo nível socioeconômico, entre outros (SANTOS et al, 2015).

Os fatores fisiológicos como a privação de sono, a dor no pós-parto, as alterações hormonais durante a gestação e lactação, a produção de leite insuficiente e a falta de conhecimento sobre o aleitamento materno, e ainda as situações atípicas, como a gestação advinda de estupro, a gravidez na adolescência, e a gravidez não planejada são fatores que corroboram com a DPP (SANTOS, 2014, p.34).

É importante estabelecer uma peculiaridade, a tristeza pós-parto é quase fisiológica. Dependendo da estatística, de 50% a 80% das mulheres apresentam tristeza, disforia e irritabilidade que têm início normalmente no terceiro dia após o parto, dura uma semana, 15 dias no máximo, e desaparece espontaneamente. A depressão pós-parto começa algumas semanas depois do nascimento da criança e deixa a mulher incapacitada, com dificuldade de realizar as tarefas cotidianas. (NAVAS, 2011, p.14).

A DPP ocorre em fases que por suas características ímpares colaboram o quadro de Depressão. A primeira fase ocorre com as mudanças corporais e a aceitação da condição de gravidez. A segunda fase caracteriza-se pela aceitação de gerar um ser, com o início dos movimentos fetais e exames ecográficos, nos quais há a visualização do feto.

A terceira fase acontece quando a mulher deixa de se ver como filha e passa a se perceber mãe. Na quarta fase o relacionamento conjugal precisa se ajustar aos

novos papéis. A quinta fase corresponde ao último período da gestação, no qual a mulher se prepara fisiologicamente e emocionalmente para o parto, momento da separação (COSTA, 2012, p.06-11).

A sexta fase ocorre após o nascimento, vai de encontro com o bebê real, que pode ou não corresponder ao bebê imaginário. A sétima fase decorre da reconstrução do vínculo com os demais filhos, caso existam (COSTA, 2012, p.06-11).

A Teoria da Vinculação de Bowlby tem como objetivo explicar como ocorre o vínculo mãe e bebê através dos comportamentos e necessidades do bebê que está em adaptação com a figura cuidadora. Esta teoria organiza-se em quatro fases (SOARES et al, 2015).

É interessante ressaltar que existe uma teoria denominada Teoria do Apego, também de Bowlby, que propõe a necessidade emocional humana criando vínculos afetivos saudáveis, com o intuito de trazer conforto, proteção, carinho e amor, além do instinto de sobrevivência humano (SOARES et al, 2015).

Esses vínculos são de suma importância no processo de interação entre a mãe e o bebê, momento em que o enfermeiro atuará da melhor forma para que o processo seja eficaz, mesmo sendo um longo processo de trabalho é necessário que outros profissionais atuem em conjunto.

Embora se desconheça claramente sua etiologia, alguns fatores podem contribuir para a precipitação da DPP, como a baixa condição socioeconômica, a não aceitação da gravidez, o maior número de gestações, de partos e de filhos vivos. O menor tempo de relacionamento com o companheiro, a história de problemas obstétricos, o maior tempo para tocar no bebê após o nascimento, a violência doméstica, pouco suporte por parte do companheiro, sobrecarga de tarefas e experiência conflituosa da maternidade (SANTOS JUNIOR, 2009).

Além do trabalho interdisciplinar envolvendo a psiquiatria, a obstetrícia e a enfermagem é preciso compreender que o tratamento para a depressão pós-parto e a psicose puerperal são diferentes um do outro, diversificado caso a caso, pode ser leve, moderado ou grave.

Usa-se a escala de EDPE, que tem por finalidade a identificação e a mensuração da intensidade da DPP, trabalha através da pontuação de 0 a 3 para os sintomas apresentados pela mulher, o total de todos os sintomas pode variar de 0 a 30, sendo consideradas com Depressão as mulheres que pontuarem ≥ 12 (FONSECA et al, 2010).

Quando há caso de DPP e psicose puerperal pode ser recomendada intervenção medicamentosa adicional à psicoterapia, levando em conta os efeitos adversos para a mãe e o bebê, obviamente. Porém, essa recomendação é feita quando há o balanço dos riscos versus benefícios, e depende da gravidade da Depressão (FERNANDES et al, 2013).

A psicoterapia é considerada uma boa opção para os casos leves e moderados, por oferecer mais segurança para a criança e a mãe, não interferindo na amamentação e sem contraindicações. Essa intervenção contribui para que a gestante/puérpera compreenda sua patologia, os riscos que a cercam, os efeitos negativos, mas acima de tudo que é possível a remissão quando adere ao tratamento, dispondo ao sucesso (OLIVEIRA et al, 2016).

O tratamento fará com que se sinta segura e compreendida, desenvolvendo a autoconfiança fundamental para o sucesso do tratamento, pois a mulher verbaliza, expressa seus medos e sentimentos, reflete e permite o autoconhecimento sobre a maternidade em totalidade.

O tratamento farmacológico normalmente é recomendado para casos de maior

gravidade ou quando o tratamento psicoterápico não é eficaz. São mensurados os riscos do uso de antidepressivos durante a lactação, pois há risco de que esses fármacos alterem o leite materno, conseqüentemente é usada a Paroxetina e a Sertralina (OLIVEIRA et al, 2016).

É importante destacar que ao aceitar tratamentos medicamentosos é preciso consciência acerca dos efeitos colaterais, como a irritabilidade, as alterações do sono, a alimentação, as alterações de peso, as irritações cutâneas, entre outros. Também é importante frisar os riscos de abandono do tratamento, visto que a maioria dos fármacos da classe dos anti-depressivos necessitam da realização de desmame. É importante a adesão ao tratamento para obter os resultados esperados, a diminuição dos sintomas ou a total remissão da doença (OLIVEIRA et al, 2016).

Entre os fatores que podem contribuir para a precipitação da Depressão pós-parto, evidenciam-se os biológicos, obstétricos, psicológicos e sociais. A terapia medicamentosa pode não ser a mesma utilizada para outros tipos de Depressão, existem psicoterápicos (SILVEIRA, 2009, p.45)

A eletroconvulsoterapia poderá ser inserida no tratamento de casos mais graves da DPP, no caso da puérpera não responder positivamente à terapia medicamentosa e psicoterapia, em situações extremas, nas quais o risco de suicídio é maior (COSTA,2012, p.06-11).

Esta terapia consiste indução de convulsões generalizadas com intervalos de 20 a 150 segundos, através de uma corrente elétrica no encéfalo. Estudos mostram que o risco durante a gestação é mínimo, podendo ser realizado com segurança.

A Depressão Feminina no Puerpério

Para contextualizar o estudo da Depressão pós-parto, além da identificação da época de puerpério em que ocorrem os sintomas depressivos, é necessária a apresentação de suas características, seus principais sintomas e fatores associados. Há a indicação da sua prevalência em mulheres após o nascimento de um bebê, além dos instrumentos para o diagnóstico deste transtorno psicoafetivo.

Abordando especificamente a população feminina, conforme o estudo de Lara, Acevedo e Berenzon (2004,p.808), os dados epidemiológicos mostram que a prevalência da Depressão ocorre numa razão de duas mulheres para um homem. Especialmente depois do nascimento de um bebê, de acordo com Kaplan e Sadock (1990), entre 20% e 40% das mulheres têm sido evidenciada uma perturbação emocional ou disfunção cognitiva no período pós-parto.

Nesta perspectiva a experiência materna focalizada durante o puerpério merece ser compreendida e estudada, para que seja possível apreender o conhecimento oriundo do senso comum acerca da vivência materna mediada pelo adoecimento psíquico (SARAIVA, 2007, p.56).

O estudo da Depressão da mulher na fase do puerpério pressupõe a compreensão e a definição da intensidade dos sintomas humorais associados ao período após o nascimento do bebê que podem variar desde a melancolia da maternidade (baby blues) até as psicoses puerperais, passando pela Depressão pós-parto propriamente dita.

A melancolia da maternidade também denominada de tristeza pós-parto por Kaplan e Sadock (1990), caracteriza-se por um distúrbio de labilidade transitória de humor que atinge cerca de 50% das novas mães entre o terceiro e o quinto dia após o parto, tendo geralmente remissão espontânea. Muitas mães experimentam um

estado normal, com sentimentos de melancolia, disforia, choros frequentes, ansiedade, irritabilidade e dependência.

Estes sentimentos podem durar vários dias, têm sido atribuídos à rápida mudança nos níveis hormonais, ao estresse do parto e consciência da responsabilidade aumentada que a maternidade traz. Em casos raros, de 1 a 2 em cada 1.000 nascimentos, a psicose pós-parto pode desenvolver na mãe caracterizada por ansiedade severa, alucinações e delírios, frequentemente requer tratamento intensivo e hospitalização, ocorrendo entre as duas primeiras semanas após o parto.

A fim de caracterizar a Depressão pós-parto foram excluídos desta análise teórica os estudos sobre a melancolia da maternidade e a psicose puerperal, e foi definido como puerpério o período após o parto que varia entre 15 e seis meses de vida do bebê (SIERRA MANZANO et al, 2007).

A pesquisa de Schwengber e Piccinini (2003,p.403) apresenta uma revisão da literatura sobre as características da depressão pós-parto e os fatores de sua ocorrência, indicando que ocorre acompanhada de fatores biológicos, obstétricos, sociais e psicológicos.

É conflituosa a experiência da maternidade como fator de risco para a Depressão da mãe, uma vez que implica mudanças profundas na identidade da mulher e a admissão de novos papéis. Mães deprimidas tendem a perceber a própria experiência de forma mais negativa do que mães não-deprimidas.

No estudo desenvolvido por Saraiva (op. cit.) com o objetivo de apreender as representações sociais da Depressão pós-parto e da experiência materna com mães de baixa renda da cidade de João Pessoa, Paraíba, responderam o teste de associação livre de palavras, entre outros instrumentos aos quais foram submetidas.

Suas evocações relacionaram a Depressão com tristeza, as mães com sintomatologia ancoraram a Depressão em elementos psico-orgânicos, enquanto as sem sintomatologia depressiva categorizaram-na em manifestações valorativas, histórico-factuais e orgânicas, destacando a palavra “aperreio”, expressão linguística utilizada na região Nordeste do Brasil.

Segundo os resultados da investigação de Schwengber e Piccinini (2003,p.403) há evidência de associação entre a ocorrência da Depressão pós-parto e o pouco suporte oferecido pelo parceiro ou por outras pessoas com quem a mãe mantém relacionamento. A ausência de planejamento da gestação, o nascimento prematuro, a dificuldade de amamentar, as dificuldades no parto e às vezes a morte do bebê também consistem em fatores associados ao aparecimento da Depressão materna.

Além destes fatores, a pesquisa dos autores citados apresenta alguns estudos que mostram associação entre a Depressão da mãe e eventos estressantes, como problemas de saúde da criança, dificuldades relacionadas ao retorno ao trabalho e adversidades socioeconômicas.

Variáveis sociodemográficas como idade, nível educacional e estado civil da mãe não têm apresentado uma associação consistente com a ocorrência da Depressão pós-parto. Contudo, entre esses fatores o estado civil tem aparecido em alguns estudos como mais associado a esse quadro, especialmente entre mães solteiras sem apoio social.

Segundo Cruz, Simões e Faissal-Cury (2005,p.181) a partir de evidências identificadas em estudo com uma amostra de 70 puérperas usuárias de um serviço público de saúde na cidade de São Paulo, quanto maior a percepção de suporte social do parceiro menor a prevalência da Depressão pós-parto.

Estes resultados corroboram com Saraiva (2007), no qual as mães puérperas

deprimidas ancoraram as representações sociais da Depressão puerperal em seus fatores desencadeantes, objetivados nas conflituosas relações sociais familiares e amorosas. A evidência da relação entre a qualidade do relacionamento conjugal e a Depressão materna é também confirmada com o resultado de um levantamento de estudos teóricos e empíricos realizado por Sotto-Mayor e Piccinini (2005,p.135).

A respeito das condições socioeconômicas, as pesquisas de Da-Silva et al. (1998), Sierra-Manzano et al. (2002), Moraes et al. (2006) e Saraiva (2007) apontam para a identificação do sofrimento materno com a situação de pobreza em que viviam as participantes investigadas.

De acordo com Inandi et al. (2002) a baixa educação, a pobreza e uma conflituosa relação familiar concorrem fortemente com o aparecimento da Depressão pós-parto. A baixa autoestima, os fatores socioeconômicos e a gravidez indesejada ou não-planejada são associados com a Depressão puerperal (BECK, 2001; SARAIVA, 2007).

Várias investigações no Brasil e em outros países abordam a prevalência deste transtorno nas mulheres após o parto. Dentre as pesquisas brasileiras, Saraiva (2007) e Da-Silva et al. (1998) relataram um predomínio entre 32% e 38% de Depressão puerperal em mulheres brasileiras de baixa renda. Os estudos de Santos, Martins e Pasquali (1999) e Cantilino et al. (2003) cujos achados apontaram, respectivamente, para a incidência da Depressão materna em 13,4% e 13,3% das amostras pesquisadas.

A prevalência de Depressão pós-parto encontrada no trabalho de Faisal-Cury et al. (2004), foi de 15,9% e no estudo de Cruz, Simões e Faisal-Cury (2005) foi de 19,1%. Moraes et al. (2006) identificaram a prevalência da Depressão pós-parto em torno de 19,1% das mulheres pesquisadas.

Estudos estrangeiros identificaram o percentual de ocorrência da Depressão pós-parto entre as mulheres no período do puerpério. Nos Estados Unidos da América esse percentual ficou em torno de 13% no estudo de Beck (2001) e 39% no estudo de Howell, Mora e Leventhal (2006).

Num estudo com mulheres dos Emirados Árabes foi registrada a prevalência de 18% de Depressão pós-parto (Abou-Saleh; Ghubash, 1997). Boyce et al. (2000) encontraram a incidência entre 10% a 15% de Depressão puerperal em mulheres australianas.

Na Índia os estudos de Chandran et al. (2002) estabelecem uma prevalência que varia de 16% a 19,8% . Na Turquia a pesquisa de Inandi et al. (2002) identificou o predomínio de 27,2% de mulheres com Depressão pós-parto. Na Espanha a pesquisa de Sierra Manzano et al. (2002) registrou a ocorrência de Depressão em 15,7% das mulheres puérperas. No Reino Unido Howard (2005) registrou a ocorrência entre 12% e 13% de Depressão puerperal na amostra estudada.

Segundo Camacho et al. (2006,p.92) além da avaliação e do diagnóstico clínico realizado por profissional especialista em saúde mental, o rastreamento da Depressão pós-parto para fins de pesquisa melhorou com o uso de escalas de avaliação psicológica com questões específicas sobre o humor deprimido em mulheres na fase do puerpério.

Pensando nessa praticidade foram criadas duas escalas desenhadas especificamente para o rastreamento de Depressão pós-parto: a Escala de Edinburg (Edinburgh Postpartum Depression Scale - EPDS) em 1987, e a Postpartum Depression Screening Scale - PDSS, em 2000.

A Escala de Edinburg, desenvolvida na Grã-Bretanha por Cox, Holden e

Sagovsky (1987) é o primeiro instrumento, encontrado na literatura, proposto para rastrear especificamente a Depressão pós-parto. A EPDS é um instrumento de auto-registro com dez questões de sintomas comuns de Depressão e utiliza formato de respostas do tipo Likert.

A mãe escolhe as respostas que melhor descrevem o modo como se sentiu na última semana. Esta escala possui tradução para onze idiomas e foi submetida a estudos de validade em vários países, inclusive no Brasil, por Santos, Martins e Pasquali (1999), com amostra de mulheres residentes em Brasília-DF e por Cantilino et al. (2003) com amostras de puérperas em Recife-PE.

Na literatura científica sobre a Depressão materna, registra-se a utilização da Escala de Edinburgh nos estudos de Da-Silva et al. (1998); Abou-Saleh e Ghubash (1997); Webster et al. (2000); Johnstone et al. (2001); Inandi et al. (2002); Sierra Manzano et al. (2002); Tam et al. (2002); Edhborg et al. (2003); Cruz, Simões e Faissal-Cury (2005); Azevedo e Arrais (2006); e Saraiva (2007).

A segunda escala de rastreamento da Depressão pós-parto, a PDSS é uma escala de autoavaliação do tipo Likert, que contém 35 itens que avaliam sete dimensões: distúrbios do sono/apetite, ansiedade/insegurança, labilidade emocional, prejuízo cognitivo, perda do eu, culpa/vergonha e intenção de causar dano a si.

Cada dimensão é composta de cinco itens que descrevem como uma mãe pode estar se sentindo após o nascimento de seu bebê (BECK; GABLE, 2000).

Após contextualizar o estudo da Depressão pós-parto, a seguir apresentaremos as aproximações teóricas sobre a temática, relacionando com a experiência materna.

Aspectos Conceituais

Estudos recentes de saúde mental relacionados ao parto desencadearam mudança no conceito específico de Depressão pós-parto (DPP) por considerá-la um espectro de transtornos depressivos e ansiosos que surgem no período perinatal. Esta mudança está associada ao crescente reconhecimento da necessidade de prevenção e intervenção precoce nesse período (AUSTIN, 2004, p.07).

A Depressão pós-parto geralmente inicia da quarta até a oitava semana após o parto (por vezes mais tarde, mas ainda dentro do primeiro ano) e pode persistir por mais de um ano (Cooper & Murray, 1995; Klaus, Kennel & Klaus, 2000). De acordo com o DSM-IV-TR, (APA, 2000) o Transtorno Depressivo Maior pode ter como especificador o pós-parto, desde que este início ocorra no período de 4 semanas após o nascimento.

Os sintomas de DPP incluem irritabilidade, choro frequente, sentimentos de desamparo e desesperança, falta de energia e motivação, desinteresse sexual, alterações alimentares e do sono, sensação de incapacidade de lidar com novas situações e queixas psicossomáticas. Uma mãe com Depressão pós-parto pode apresentar também sintomas como cefaléia, dores nas costas, erupções vaginais e dor abdominal, sem causa orgânica aparente (KLAUS e col., 2000).

A sintomatologia depressiva não difere daquela presente nos episódios não relacionados com o parto e incluem instabilidade de humor e preocupações com o bem-estar do bebê, cuja intensidade pode variar de exagerada a francamente delirante (APA, 2000, p.11).

Os transtornos do humor que acometem as mulheres no período pós-parto incluem também a melancolia da maternidade, conhecida ou denominada de baby blues (O'Hara, 1997; Souza, Burtet & Busnello, 1997), ou tristeza pós-parto (APA,

2000), além das psicoses puerperais. O baby blues é caracterizado por um curto período de emoções voláteis, que comumente ocorrem entre o segundo e o quinto dia após o parto, tendo geralmente remissão espontânea (O'HARA, 1997; SOUZA e col., 1997).

As psicoses puerperais manifestam-se através de sintomas intensos, incluindo rumações graves ou pensamentos delirantes em relação ao bebê, e risco significativamente aumentado de danos ao mesmo. O infanticídio está associado com maior frequência com episódios psicóticos no pós-parto, alucinações de comando ou delírios de possessão envolvendo o bebê, requer tratamento intensivo e, por vezes, hospitalização.

Corroborando esses dados com um estudo prospectivo que objetivou identificar a presença de Depressão pós-parto, 570 gestantes foram avaliadas durante o último trimestre de gravidez, aos três meses e aos 18 meses após o nascimento foi constatado que a Depressão no último trimestre de gestação esteve mascarada, envolvendo manifestações de ansiedade e irritabilidade direcionada aos outros ou a si, foi destacada a dificuldade e a importância da detecção precoce deste transtorno (RIGHETTI, BOUSQUET & MANZANO, 2003).

Conceitos Epidemiológicos

A maioria dos estudos afirma que a DPP atinge de 10% a 15% das mulheres (Beck, 2001; Chandran, Tharyan, Muliylil & Abraham, 2002; Hanna, Jarman & Savage, 2004; Righetti e col., 2003) e nos Estados Unidos está presente em 10% a 20% das mulheres nos seis primeiros meses após o parto, elevando esta taxa para 25% ou mais em mulheres com história de Depressão pós-parto anterior (CLAY & SEEHUSEN, 2004, p.78).

A estimativa de prevalência de Depressão pós-parto e sua relação com a presença de eventos vitais e de padrões de enfrentamento foi investigada por meio de estudo que envolveu 113 mulheres no 10º dia de puerpério na Clínica Obstétrica da Escola Médica da Universidade de São Paulo. Nesse estudo a prevalência de DPP foi de 15,9% identificados pelo Beck Depression Inventory (1961), Holmes and Rahe Schedule of Recent Events (1967), Folkman and Lazarus Ways of Coping (1985) e por um questionário de dados sociodemográficos, porém as mulheres que participaram desta pesquisa apresentaram nível educacional mais baixo e tinham estratégias de enfrentamento menos adequadas, variáveis que podem ter influência na etiologia deste transtorno (FAISAL-CURY, TEDESCO, KAHALE, MENEZES & ZUGAIB, 2003, p.112).

A presença de sintomatologia depressiva no pós-parto foi também pesquisada em 125 gestantes acompanhadas até os 2 meses após o parto, foi encontrada uma incidência de 22,4% de quadros depressivos no puerpério (Alvarado e col., 2002). Em outro estudo com 73 mulheres, entre 16 e 40 anos, avaliadas no período de 3 a 6 meses após o parto, segundo a escala de Depressão pós-parto de Edinburg (EDPS), verificou que 32,9% das mulheres da amostra apresentavam sintomatologia depressiva (COUTINHO, BAPTISTA & MORAES, 2002, p.44).

É importante a identificação da DPP em razão de seus efeitos devastadores sobre as crianças, esse processo diagnóstico foi efetivado por meio de diferentes escalas (Boukobza, 2000), entre elas a Edinburg Postnatal Depression Scale (EPDS). Um estudo com 1.154 mulheres em que esta escala foi aplicada no 2º ou 3º dia pós-parto constatou ser um instrumento útil na identificação de mulheres com risco

de Depressão nesta fase (TEISSEDREL & CHABROL, 2004, p.32).

A incidência do baby blues é de 80 a 90% e é considerada uma reação normal no puerpério imediato, atingindo as mães na primeira semana após o parto, tendo remissão espontânea. É fundamental a distinção entre o episódio de humor pós-parto e a tristeza pós-parto, que afeta até 70% das mulheres nos 10 dias após o parto, é transitória e não prejudicial.

A psicose pós-parto é considerada mais rara, afeta 1 a 2 em cada 1.000 mulheres (APA, 2000; Gale, S. & Harlow, 2003; Klaus e col., 2000), tende a apresentar maior incidência em primíparas (APA, 2000). É importante a distinção destes transtornos do humor no pós-parto, pois podem trazer consequências a longo prazo, afetando o desenvolvimento social e psicológico da criança (GALE & HARLOW, 2003, p.45).

Considerações Finais

A partir dos artigos analisados por este estudo foi possível concluir que a Depressão pós-parto (DPP) é uma patologia que traz sintomas e sinais que precisam da dedicação de uma equipe multidisciplinar. Quando detectada precocemente há a possibilidade de tratamento apenas com a intervenção da psicoterapia. Porém, nas fases mais avançadas da doença a intervenção medicamentosa é necessária.

A Depressão pós-parto é um tema presente na discussão em ordem mundial, com crescente aumento de trabalhos científicos publicados entre a década de 1990 e a de 2000, com a predominância de pesquisas com abordagem quantitativa, evidenciando uma possível lacuna no enfoque qualitativo.

Estudos evidenciaram que a Depressão pós-parto é um problema latente e um campo aberto para exploração, uma realidade cada vez mais constante no cotidiano de trabalho dos profissionais da Atenção Básica, na qual médicos e particularmente enfermeiros estão em posição favorável para detectar precocemente e intervir, evitando o agravamento do processo da Depressão puerperal.

Além disso, é evidente que a família desempenha papel importante para o diagnóstico precoce e também para a cura. Diante da discussão dos artigos é interessante que mais pesquisas do tipo quantitativa e qualitativa sobre a temática sejam realizadas, pois este é um assunto que exige mais investigações científicas devido ao crescente aumento de incidência na atualidade e a seu viés subjetivo.

É fundamental refletir a importância da atenção precoce na DPP, visando intervenções profissionais que proporcionem o apoio que necessitam para enfrentar o desafio de ser mãe sem perder a identidade, a inserção social, a relação parental, entre tantos.

Referências

ALVARENGA P, Palma EMS: **Indicadores de Depressão Materna e a Interação Mãe-Criança aos 18 Meses de Vida**. PSICO, Porto Alegre, PUCRS, v.44, n.3,pp.402-410,jul/set.2013.

ASSOCIATION AP: **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. 5ª. Ed. Transtornos Depressivos. Tradução: Nascimento MIC[et al.] dados eletrônicos. Porto Alegre:2014 p. 155-188.

ABOU-SALEH, M. T.; GHUBASH, R. The prevalence of early postpartum psychiatric morbidity. In Dubai: a transcultural perspective. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, Aalborg, Dinamarca, v. 95, n. 5, p. 428-432, 1997.

BERETTA Mir; ZANETI Dj; Fabbro Mrc; FREITAS Ma; RUGGIERO Sem; DUPAS G: **Tristeza/depressão na mulher: uma abordagem no período gestacional e/ou puerperal**. *Rev. Eletr. Enf.* 2008;10(4):966-78.

BECK, C.T. Predictors of postpartum depression: an update. **Nursing Research**, Chapel Hill, Carolina do Norte, v. 50, n. 5, p. 275-285, 2001.

BOYCE, P. M.; JOHNSTONE, S. J.; HICKEY, A. R. *et al.* Functioning and well-being at 24 weeks postpartum of women with postnatal depression. **Archives of Women's Mental Health**, Hamilton, Canadá, v. 3, n.3, p. 91-97, 2000.

COSTA, Ana. **R.F.M.O. Pedagogia: Representações Mentais de Mães com Depressão Pós-Parto e o seu Impacto nas Interações Mãe-Bebê**. Beja – Portugal – 2012.

CLAY, E. C. & SEEHUNS, D. A. (2004). A review of postpartum depression for the Primary Care Physician. **Southern Medical Journal**, 97(2), 157-161.

CANTILINO, A; ALBUQUERQUE, C; CANTILINO, G. *et al.* **Validação da escala de depressão pós-parto de Edinburgo (versão em português) no Nordeste do Brasil**. Trabalho apresentado no XXI Congresso Brasileiro de Psiquiatria, 2003, Goiânia, GO.

CAMACHO, R. S.; CANTINELLI, F. S.; RIBEIRO, C. S. *et al.* Transtornos psiquiátricos na gestação e no puerpério: classificação, diagnóstico e tratamento. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 33, n. 2, p. 92-102, 2006.

CRUZ, E. B. S.; SIMÕES, G. L.; FAISAL-CURY, A. Rastreamento da depressão pós-parto em mulheres atendidas pelo Programa de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p. 181-188, 2005.

CHANDRAN, M.; THARYAN, P.; MULIYIL, J. *et al.* Post-partum depression in a cohort of women from a rural area of Tamil Nadu, India: incidence and risk factors. **The British Journal of Psychiatry**, Londres, v. 181, n.6, p. 499-504, 2002.

FERNANDES, Francielle; COTRIN, Jane T. D. **Psicologia: Depressão Pós-Parto e suas Implicações no Desenvolvimento Infantil**. Barra do Garças – MT – 2013.

FONSECA, Vera R. *et al.* **Psicologia: Relação entre depressão pós-parto e disponibilidade emocional materna**. São Paulo – SP – 2010.

FONSECA, Mj. **Relato de experiência vivenciado com a promoção de saúde de um grupo demg gestantes: conhecendo sobre a depressão puerperal**.

Florianópolis. Monografia [Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem]- Universidade Federal de Santa Catarina-2014.

FURLAN Flp; BENUTE Grg; ROSELI Yn; FRÁGUAS R; LUCIA MCS; ZUGAIB M: **Depressão em gestantes cardiopatas e sua influência no vínculo materno-fetal.** *Psicologia Hospitalar*, 2010, 8(1),39-60.

GONÇALVES, Jonas Rodrigo. Como escrever um Artigo de Revisão de Literatura. **Revista JRG de Estudos Acadêmicos**, Ano II, Vol.II, n.5, 2019.

GONÇALVES, Jonas Rodrigo. Como fazer um Projeto de Pesquisa de um Artigo de Revisão de Literatura. **Revista JRG de Estudos Acadêmicos**, Ano II, Vol.II, n.5, 2019a.

GONÇALVES, Jonas Rodrigo. **Manual de Artigo de Revisão de Literatura.** Brasília:Processus, 2019b.

GONÇALVES, Jonas Rodrigo. **Manual de Projeto de Pesquisa.** Brasília: Processus, 2019.

GONÇALVES, Jonas Rodrigo. **Metodologia Científica e Redação Acadêmica.** 8. ed. Brasília: JRG, 2019e.

GREINERT, Bruna R.M. et al. **Psicologia: A Relação Mãe-Bebê no contexto da Depressão Pós-Parto: Estudo Qualitativo.** Maringá – PR – 2018.

HOWELL, E. A.; MORA, P. M.; LEVENTHAL, H. Correlates of early postpartum depressive symptoms. **Maternal and Child Health Journal**, New York, v. 10, n. 2, p. 149 - 157, 2006.

KLAUS, M. H., KENNEL, J. H. & KLAUS, P. (2000). Vínculo: construindo as bases para um apego seguro e para a independência. Porto Alegre: **Artes Médicas**.

KAPLAN, H. I.; SADOCK, B. J. Compêndio de psiquiatria. 2 ed. Porto Alegre: **Artes Médicas**, 1990.

LARA, M. A.; ACEVEDO, M.; BERENZON, S. La depresión femenina vista desde la subjetividad de las mujeres. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 818-828, 2004.

MORAES, I. G. da S., PINHEIRO, R. T., SILVA, R. A. da *et al.* Prevalência da depressão pós-parto e fatores associados. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n.1, p. 65-70, 2006.

OLIVEIRA, Isabel; BARBOSA, Flávia C. **Psicologia: Depressão Pós-parto e seus Efeitos na Relação Mãe-Bebê.** Sete Lagoas – MG – 2016.

PERRELLI JGA; ZAMBALDI CF; CANTILINO A; SOUGEY EB: **Instrumentos de avaliação entre mãe e bebê.** Rev. Paul Pediatr. 2014;32(3):257-265.

PINA, Leonara N.S. LOURES, Marta C. **Enfermagem: Puérpera com Depressão Pós-Parto: A Influência na Relação com o Bebê.** Goiânia – GO – 2014.

SANTOS, Luísa P; SERRALHA, Conceição A. **Psicologia: Repercussões da Depressão Pós-parto no Desenvolvimento Infantil.** Uberaba – MG – 2015.

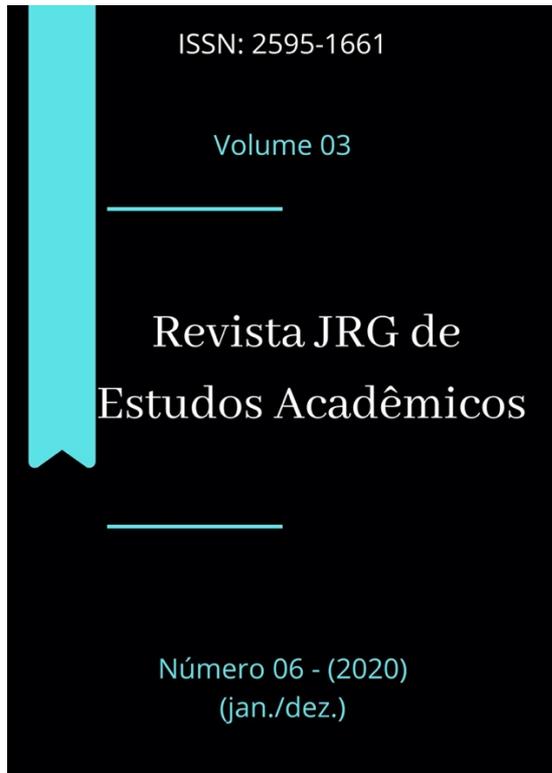
SANTOS, M. F. S.; MARTINS, F. C.; PASQUALI, L. Escala de autoavaliação de depressão pós-parto: estudo no Brasil. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 26, n. 2, ed. especial, p. 90-95, 1999.

SOUZA, C. A., BURTEF, C. M. & BUSNELLO, E. A. (1997). A gravidez como condição de saúde mental e de doença psiquiátrica. **Revista Científica Maternidade, Infância e Ginecologia**, 17(1), 38-47.

SOARES, Yndiara K.C. et al. **Enfermagem: Avaliação da depressão pós-parto: prevalência e fatores associados.** Teresina – Piauí – 2015.

SCHWENGBER, D. D. S.; PICCININI, C. A. O impacto da depressão pós-parto para a interação mãe-bebê. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 8, n. 3, p. 403-411, 2003.

SOTTO-MAYOR, I. M. B. de; PICCININI, C. A. Relacionamento conjugal e depressão materna. **Psico**, Porto Alegre, v. 36, n. 2, p. 135-148, 2005.



Tramitação Editorial:

Data de submissão (recebimento):
01/01/2020.

Data de reformulação: 10/02/2020

Data de aceitação (expedição de carta de aceite): 01/03/2020

Data de disponibilização no site (publicação): 20/03/2020

Publicado: 2020-03-20

INCIDÊNCIA DA SÍNDROME DE BURNOUT NA ENFERMAGEM
Incidence of burnout syndrome in the nursing profession

Ana Paula do Nascimento Maciel¹
Msc. Jonas Rodrigo Gonçalves²

Resumo

O tema deste artigo é a Incidência da Síndrome de Burnout(SB) na enfermagem. Investigou o seguinte problema: os profissionais de enfermagem podem ser prejudicados pela SB no desempenho e na saúde mental? Cogitou a seguinte hipótese: a SB exerce efeitos negativos no desempenho dos profissionais e no setor de saúde em geral. O objetivo geral desta pesquisa é analisar a prevalência da SB em profissionais de enfermagem. Os objetivos específicos são: uma avaliação das estratégias de minimização da SB para os profissionais de enfermagem; e alcançar um entendimento elevado sobre a temática. Justificativa: justifica-se pela importância de reconhecer os danos da SB nos profissionais de enfermagem. No campo acadêmico, para a ciência, este trabalho pode servir como material de pesquisa para outros estudos nas áreas de psicologia e medicina do trabalho. Para a sociedade brasileira, a presente pesquisa justifica o esforço de oferecer um entendimento elevado da SB. Trata-se de uma revisão bibliográfica qualitativa teórica com duração de seis meses.

¹Graduando(a) em Enfermagem pela Unip (Universidade Paulista) brasil. E-mail: anapaulachina@gmail.com

² Doutorando em Psicologia (Cultura Contemporânea e Relações Humanas). Mestre em Ciência Política (Políticas Públicas, Direitos Humanos e Cidadania). Especialista em Letras (Revisão de Texto); Didática do Ensino Superior em EAD; Formação em EAD; Docência na Educação Superior; Gestão do Agronegócio. Licenciado em: Letras (Português/Inglês); Filosofia; e Sociologia. Professor das faculdades: Processus (DF); CNA (DF); Facesa (GO); e Unip (SP). Escritor; Revisor; Editor. E-mail:professorjonas@gmail.com.

Palavras-chave : Enfermagem. Síndrome de Burnout. Saúde mental.

Abstract

The theme of this article is “the incidence of Burnout syndrome (BS) in the nursing profession”. The following problem was investigated: “Are nursing professionals harmed by Burnout syndrome in the discharge of their duties and their mental health?” The following hypothesis was considered: “BS influences negatively the work performance of nurses and the health sector in general.” The general objective of this work is to “analyze the prevalence of BS on nursing professionals.” The specific objectives are: “To conduct an assessment of the strategies to minimize BS in the nursing profession and to acquire an elevated understanding of BS. Justification: This research is justified by the importance of recognizing the damage caused by BS on nursing professionals. In the academic and science fields, this work can serve as another research material for other studies in the areas of psychology and occupational medicine. In the society, the present work is justified by the effort to offer an elevated understanding of BS.

Keywords: Nursing. The burnout syndrome. Mental health.

Introdução

Esta pesquisa apresenta a Síndrome de Burnout como um dos principais problemas psicossociais que atingem os profissionais de enfermagem, pois o homem moderno, em detrimento do ritmo intenso de trabalho, tem cada vez menos tempo para atividades agradáveis, como o lazer e a companhia da família. Destaca o estresse em que costumeiramente o profissional atinge o nível crítico de colapso, com o desgaste do humor e desmotivação, com a ocorrência de outros fatores físicos e psíquicos, apresentando sintomas que fazem o profissional de enfermagem perder o senso de sua relação com o trabalho. Esta pesquisa está delimitada, pois não oferece um estudo exaustivo sobre a Síndrome de Burnout, seus efeitos e prevalência nos profissionais de enfermagem, mas significativo grau de conhecimento da Síndrome e seus efeitos nos profissionais de enfermagem.

A Síndrome de Burnout se manifesta através de quatro classes sintomatológicas: físicas (fadiga constante, alterações do sono, distúrbios gastrointestinais, perda de peso, distúrbios cardiovasculares, respiratórios e dores musculares e/ou músculo esqueléticas), psíquicas (outros sintomas são a falta de atenção, alterações de memória, ansiedade, impaciência, mudanças repentinas de humor, desconfiança e frustração), comportamentais (agressão, irritabilidade, negligência no trabalho, incapacidade de relaxar, relacionamentos afetados devido ao desapego e a indiferença) e defensivos (isolamento, onipotência, atitude irônica e cínica), (ABREU M,2017.p 26).

Este artigo propõe responder ao seguinte problema: os profissionais de enfermagem podem ser prejudicados pela SB nos desempenho e na saúde mental? Os profissionais de enfermagem são frequentemente expostos aos fatores físicos e mentais nas demandas de trabalho. Ao final o profissional de enfermagem é prejudicado pela SB no desempenho do serviço e na manutenção de sua saúde.

A Síndrome de Burnout é um conceito multidimensional que envolve três habilidades: emocional, exaustão definida como esgotamento dos recursos emocionais para lidar com situações da vida cotidiana. Despersonalização, envolvendo sentimentos negativos ou bloqueios de sentimentos par com as

pessoas que entram em contato com o profissional. Falta de realização pessoal, que é a incapacidade do trabalhador de ver sua atividade de maneira positiva (VILELA,NB, et al,2010. p45).

A hipótese para o problema em questão é: a SB exerce efeitos negativos no desempenho dos profissionais e no setor de saúde em geral. O trabalho do enfermeiro implica situações crônicas de estresse emocional e interpessoal do ambiente laboral e culmina em esgotamento profissional. Com isso, surgem a decepção e a perda do interesse pela atividade de trabalho desenvolvida, justamente pela relação indivíduo e ambiente. O profissional acometido pela SB manifesta exaustão emocional, despersonalização e diminuição da realização, são efeitos negativos da SB.

A SB caracteriza-se pela reação de tensão emocional crônica gerada a partir do contato direto excessivo e estressante no ambiente de trabalho, repercutindo na saúde física e mental do trabalhador. Pode gerar sentimentos de desamparo e culminar numa situação profissional irremediável, prejudicando a concentração, a vigilância e a capacidade de supervisão do profissional (ABREU M, p.17).

O objetivo geral desta pesquisa é analisar a prevalência da SB em profissionais de enfermagem. Todo profissional em contato direto com os clientes está propenso ao estresse no trabalho. Portanto, há uma necessidade urgente de que os profissionais da enfermagem tenham conhecimento suficiente e capacidade de distinguir e lidar com doenças relacionadas ao trabalho, como a Síndrome de Burnout.

Os profissionais de enfermagem são potencialmente suscetíveis à exaustão no trabalho, é importante analisar a prevalência da Síndrome de Burnout nesses profissionais . Isso aprofundará o conhecimento dos riscos ocupacionais de desenvolver essa síndrome e contribuirá com o aumento do conhecimento entre os profissionais, especialmente enfermeiros, como prestadores de cuidados diretos para usuários do sistema de saúde, visando direcionar o atendimento personalizado ao paciente, reconhecer e evitar a doença (ABREU M,2017,p 2).

Os objetivos específicos desta pesquisa são: uma avaliação das estratégias de minimização da SB entre os profissionais de enfermagem. E esforço para alcançar um entendimento elevado sobre a temática. Esta pesquisa mostra como o estresse que vivenciam em seu local de trabalho os afeta e as causas da Síndrome de Burnout. Esta condição pode abranger muitas condições que incluem o comportamento mal adaptável e distúrbios psicológicos.

A divulgação dos estudos realizados no Brasil com profissionais de saúde em distintas ocupações conduziu o Ministério da Saúde a reconhecer legalmente a Síndrome como um problema de saúde diretamente relacionado ao trabalho (Brasil, 2001), classificada sob o código Z73. 0 (Classificação Internacional de Doenças, 10a revisão – CID-10). Embora tal legalização constitua grande avanço, é necessário mais investimento em pesquisas para melhor diagnosticar a Síndrome, reafirmar seu reconhecimento legal e contribuir para difundi-la entre os profissionais, estimulando atitudes preventivas e combativas de estresse. Há atitudes que propiciam estratégias para minimizar a Síndrome de Burnout entre os profissionais de saúde e oferecer um entendimento melhor sobre a temática (ABREU M, 2017, p2).

O aluno graduando em enfermagem precisa saber que o profissional de enfermagem é suscetível ao estresse e distúrbios mentais do comportamento relacionados ao trabalho, conhecidos como Síndrome de Burnout (SB). Este trabalho justifica a importância de reconhecer e identificar os danos da SB nos

profissionais de enfermagem, ampliando o horizonte de conhecimento da SB e ações para evitá-la.

Para a ciência, este trabalho oferece mais material de pesquisa para outros estudos nas áreas de psicologia, e medicina do trabalho. Para avaliar as medidas adequadas de prevenção dessa síndrome e evitar futuras complicações irreversíveis.

Na sociedade brasileira a SB é um distúrbio de comportamento mental que atinge não somente os profissionais de enfermagem, mas outros profissionais de diversas áreas. O profissional que sofre de SB não contribuirá com cem por cento das próprias habilidades e dons para o bem-estar da sociedade. O presente trabalho oferece maior entendimento da SB e dos meios para evitar essa Síndrome.

É um estudo com revisão bibliográfica fundamentado em artigos científicos e livros acadêmicos, de Enfermagem e Psicologia. Foram selecionados 7 artigos apresentando posicionamentos de muitos autores preocupados com o tema. A maioria dos artigos selecionados foram realizados com muitas pesquisas sobre o aspecto do Burnout no campo da Enfermagem. O conceito de Burnout despertou muito interesse no campo da Enfermagem. A Enfermagem foi prejudicada pelo Burnout, fomentando diferentes estudos para analisar a questão, gerando soluções e estratégias.

Foram escolhidos artigos científicos e livros de autores que trataram o tema entre os anos de 2005 e 2019. Alguns artigos científicos e livros estrangeiros com traduções em língua portuguesa foram usados. Foi realizada a revisão de literatura através de livros-texto, artigos científicos extraídos de busca realizada no Google Acadêmico a partir das seguintes palavras-chave: “Enfermagem; saúde mental; Síndrome de Burnout.”

Como critérios de exclusão dos artigos científicos foram escolhidos artigos de seis autores principais e três deles são doutorados com trabalhos científicos em revistas acadêmicas. Artigos e trabalhos acadêmicos publicados com ano de publicação anterior a 2005 foram excluídos. Esta pesquisa de revisão de literatura teve duração de três meses. No primeiro mês foi realizado o levantamento do referencial teórico e a apresentação dos objetivos, métodos, e as justificativas de pesquisa. No segundo mês, a revisão da literatura e no terceiro mês a elaboração dos elementos pré-textuais e pós textuais do trabalho.

É uma pesquisa qualitativa na qual os autores trataram dos dados obtidos por meio das pesquisas bibliográficas, considerando aspectos relevantes. Essa estratégia é extremamente adequada para delinear e obter informações úteis acerca do assunto investigado.

A metodologia deste trabalho segue o sistema da revisão de bibliografia qualitativa elaborada por Marconi e Lakatos, (2017, p.5). Esse tipo de pesquisa qualitativa sintetiza resultados de estudos já realizados, identifica as conclusões do corpus da literatura sobre o tema específico, compreende todos os estudos relacionados à questão norteadora que orienta a busca bibliográfica. Além disso, segue um processo de análise da literatura que, se bem conduzido, qualifica os resultados (MARCONI; LAKATOS, 2017, p5).

Incidência da Síndrome de Burnout na Enfermagem

O que é a Síndrome de Burnout? A Síndrome de Burnout (SB) é um conjunto de sintomas que emergem como resposta aos estressores interpessoais

crônicos no trabalho. Em sua definição do conceito de Burnout, Abreu, (2012,p.3) argumenta que o Burnout não é apenas um sintoma de estresse no trabalho, mas é o que culmina em estresse no trabalho não gerenciado. Ele usou várias definições de diferentes estudos para esclarecer a natureza da Burnout. Em geral, a partir de sua definição o Burnout é o resultado de um estresse extremo relacionado ao trabalho. Há três dimensões-chave dessa síndrome (exaustão emocional — EE, despersonalização — DE realização profissional — RP) claramente colocam a experiência profissional dentro de um contexto que envolve a percepção que a pessoa tem de si e do ambiente em que trabalha (ABREU M, 2017, p3).

A SB é caracterizada por uma reação de tensão emocional crônica gerada a partir do contato direto excessivo e estressante no ambiente de trabalho, repercute na saúde física e mental do trabalhador. Isso pode gerar sentimentos de desamparo e culminar numa situação profissional irremediável, prejudicando a concentração, a vigilância e a capacidade de supervisão do enfermeiro (ABREU M, 2017, p3).

Atualmente, em detrimento dos efeitos maléficos à saúde do trabalhador, a SB é considerada um problema de saúde pública de difícil solução, devido ao conjunto de fatores multicausais, associados às elevadas taxas de absenteísmo, rotatividade de emprego e diminuição da qualidade do trabalho prestado pelos enfermeiros. A Síndrome de Burnout é definida como condição resultante do estresse emocional que os funcionários não suportam no local de trabalho. Alternativamente, a Síndrome de Burnout é concebida como o estado no qual o funcionário sente que falhou e alcança a exaustão depois de usar a maior parte de sua energia no trabalho. Abreu enfatizou os efeitos prejudiciais da Síndrome de Burnout no empregado e na organização (ABREU M, 2017, p5).

Os enfermeiros que atuam no ambiente hospitalar sofrem influências inerentes às funções assistenciais e estão expostos ao estresse contínuo. Isso pode levá-los a vivenciar problemas relacionados com as funções cotidianas acumuladas, acarretando sofrimento emocional e tornando-os mais vulneráveis e afetados pela chamada Síndrome de Burnout (SB). A questão pertinente é a possibilidade de essa Síndrome ter dimensões ou aspectos associados a ela, o que veremos nos próximos parágrafos.

Segundo Carlos, (2014, p.5), as três dimensões dessa síndrome são: Exaustão Emocional (EE), Despersonalização (DE), Realização profissional. Exaustão Emocional é cansaço emocional. É um estado atingido pela sobrecarga de esforço. Exaustão Emocional (EE) ocorre quando o profissional experimenta sentimentos de fadiga, e faltam recursos emocionais (energia) para lidar com situações estressoras e com altas exigências no trabalho. Neste caso, não falamos apenas de excesso de trabalho, mas em assumir conflitos, responsabilidades, estímulos emocionais ou cognitivos (CARLOS G, 2014, p.5).

A Despersonalização acontece entre companheiros de trabalho, pode ocorrer em qualquer grupo ocupacional. As pessoas tentam estabelecer boas relações sociais no trabalho usando como recurso o Suporte Social, que diz respeito ao equilíbrio entre o apoio social oferecido e o recebido dos colegas. O processo de Burnout ocorre quando os empregados não percebem a reciprocidade nas relações de apoio. Consequentemente se distanciam psicologicamente dos colegas de trabalho, adotando comportamentos como frieza e de cinismo (Despersonalização). Teoricamente, esses comportamentos podem ser tentativas inconscientes de restaurar a reciprocidade nas relações sociais. Despersonalização (DE) não significa que o indivíduo deixou de ter sua

personalidade, mas sofreu ou vem sofrendo alterações, leva o profissional ao contato frio e impessoal com os usuários de seus serviços, denota atitudes de cinismo, ironia e indiferença (CARLOS G, 2014, p.5).

A Dimensão Realização pessoal sugere sensações de avaliação negativas ou positivas em relação ao trabalho, demonstrando níveis baixos de satisfação e sentimentos de baixa autoestima, e insatisfação com o trabalho realizado. Os níveis encontrados nesta dimensão devem ser avaliados de forma invertida na pontuação de análise da Síndrome. A realização pessoal é considerada alta quando a somatória das questões desta dimensão for alta. O Burnout resulta do desequilíbrio entre o que o empregado dá e o que espera receber da organização. Quando as expectativas e recompensas são constantemente frustradas, a energia psíquica esvai-se (Exaustão Emocional), e o indivíduo passa a se envolver menos com o trabalho (reduzida Realização Profissional). Vários elementos concorrem nesse processo, a falta de liderança ou de apoio da chefia, problemas de comunicação, falta de informação, entre outros (CARLOS G, 2014, p.6).

As ideias de Carlos sobre as dimensões da Síndrome de Burnout mostram outro contexto para a compreensão dela. Através das dimensões de Exaustão emocional (EE), Despersonalização (DE) e Realização profissional, o pesquisador pode adquirir entendimento proeminente acerca da ligação entre o profissional de enfermagem e as condições adversas do ambiente trabalho no qual está inserido. Uma questão pertinente é se há indicadores que um pesquisador possa usar para prever o advento dessa síndrome.

Entre os preditores para o desenvolvimento do Burnout, destacamos as funções que exigem mais tempo do profissional de enfermagem. Isso pode acarretar insatisfação ao trabalhador mediante suas atribuições, não cumprirá as demandas do trabalho, ficará irritado e deprimido, gerando conflitos com a liderança e equipes, propiciando a evasão da clientela (JODA D, 2013, p.9).

Quando os profissionais de enfermagem sofrem desgaste físico e emocional, não são os únicos responsáveis pelo cansaço, raiva, e atitudes de indiferença. O ambiente de trabalho pode ser responsável pelo surgimento da Síndrome, pois a exaustão física e emocional pode ser causada pela insalubridade do local. Em relação aos fatores que podem antever a Síndrome de Burnout, os predominantes são a falta de senso do tempo de atividade, dor nos ombros e pescoço, sensação de cansaço mental, dificuldades com o sono e estado de aceleração contínua. Trabalhadores que sofrem exaustão emocional e física relataram problemas de saúde crônicos, como insônia, tensão, dor de cabeça, hipertensão, úlceras e propensão para gripes e resfriados (JODA D, 2013, p.7).

Joda (2013, p.7) procurou estabelecer os determinantes da Síndrome de Burnout na equipe de enfermagem em terapia intensiva. Essa era sua área de interesse, portanto seu estudo, sediado na França, aplicou questionário em diferentes UTIs, e apenas 2.392 membros da equipe de enfermagem preencheram com sucesso e devolveram. Após a análise estatística dos questionários os resultados do estudo indicaram que grande número de profissionais de enfermagem da UTI experimentou a Síndrome de Burnout. Os fatores identificados, que resultaram na Síndrome de Burnout, incluem o aumento da carga de trabalho no departamento de UTI, bem como o número de mortes que os profissionais de enfermagem presenciaram na UTI (JODA D, 2013, p.7).

Os autores apresentados nos parágrafos anteriores desenvolveram estudos em torno do tema Burnout. Apresentaram conceitos da Síndrome de Burnout, características, mas a Síndrome não pode ser confundida com o estresse. Ele

ocorre por intermédio de ataques que perturbam o equilíbrio interno do ser humano, o Burnout é a resposta que enfatiza o trabalho de parto crônico, causa atitudes negativas e mudanças comportamentais no contexto do trabalho e, no caso da equipe de enfermagem, alcança pacientes, familiares membros, organização e trabalho. Os estressantes variáveis e a carga de trabalho dos profissionais de enfermagem desencadeiam a Síndrome de Burnout.

A necessidade do homem se adaptar constantemente às imposições do meio ambiente acarreta um número de mudanças psicológicas, portanto ele deve estar preparado para evitar o estresse emocional. Meneghini (2011,p.21) procurou descobrir os fatores que proporcionam a motivação dos funcionários de enfermagem, bem como os que são prejudiciais ou benéficos para a saúde deles, incluindo a saúde mental e psicológica. Desenvolveu uma estrutura que o ajudaria a abordar o estudo, dividiu o trabalho em vários componentes, incluindo as condições de emprego, o conteúdo do trabalho, as relações sociais e trabalhistas e a organização do trabalho. Além disso, foram selecionados quatro conceitos teóricos principais: a motivação dos funcionários, a rotatividade dos funcionários, a saúde relacionada ao trabalho e bem-estar. Mediu os resultados usando padrões comportamentais e psicológicos para obter conclusões e estabelecer a relação entre as variáveis de estresse no trabalho e seus resultados. Afirmou que o estresse pode influenciar o trabalho diário, desencadeando uma série de sintomas que ameaçam a saúde, sendo evidenciados, em maior número, os sintomas psicológicos em relação aos físicos (MENEGHINI F, et al, 2011, p.21).

É evidente que o profissional de enfermagem tem grande probabilidade de sofrer considerável desgaste emocional, pois a carga do trabalho aumenta constantemente, e as demandas causam a saturação do estado psicológico. É importante considerar as variáveis estressantes do ambiente a fim de delimitá-las, considerando o limite do trabalho de cada profissional (MENEGHINI F, et al, 2011, p.21).

A carga de trabalho dos profissionais de enfermagem e as más condições de trabalho afetam o bem-estar físico e mental. São graves os sintomas psicológicos e físicos enfrentados por esses profissionais, como sensibilidade emocional excessiva, excesso de irritabilidade, diminuição da libido, perda de senso de humor, tensão muscular, insônia, alterações do apetite, excesso de gases e problemas de memória. Esses profissionais desenvolvem atividades além de suas atribuições, gerando estresse que reflete na saúde, causando imunidade diminuída, possibilitando o surgimento de doenças e seus agravamentos (MENEGHINI F, et al, 2011, p.22).

A linha de pensamento dos autores focou na significação do termo Síndrome de Burnout, nos fatores psicológicos que causam essa Síndrome, os que podem sinalizar a aparência da Síndrome e a necessidade de adaptação perante situações estressantes no ambiente do trabalho. As estruturas das organizações hospitalares são complexas, tanto do ponto de vista estrutural, quanto das relações sociais de trabalho. Suas atividades influenciam no comportamento e na saúde dos trabalhadores. As condições de trabalho dos enfermeiros e técnicos de enfermagem estão atreladas à existência de fatores adversos do ambiente de trabalho organizacional, que estão presentes na SB.

As condições inadequadas no ambiente de trabalho são compostas por jornadas prolongadas, excesso de tarefas, redução de autonomia, ambiente físico impróprio e baixa remuneração. Nessas condições o profissional pode realizar seu trabalho de forma mecânica, sem tempo para desenvolver mais conhecimento em suas competências e habilidades, frustrado-se em sua função (COSTA FM, et al,

2009, p.32).

Surgem novas enfermidades com as mudanças introduzidas no trabalho, acompanhadas do processo gradual de desgaste físico e psíquico, com um conjunto de sintomas físicos e mentais. No resultado deste processo há características de desmotivação decorrentes do trabalho que favorecem a ocorrência da Síndrome de Burnout (COSTA FM, et al, 2009, p.33).

Sobretudo em hospitais, estes aspectos podem ser percebidos em condições que ultrapassam a capacidade de adaptação dos enfermeiros. Podem causar repercussão na organização e força de trabalho, comprometendo a saúde dos profissionais de enfermagem (COSTA FM, et al,2009, p.34).

As diferentes dinâmicas organizacionais do trabalho geram sobrecarga de ação e tensão ocupacional com proporções distintas segundo o campo de atuação. Causam alta frequência de faltas ao trabalho, pedidos de licença, e a emergência da Síndrome de Burnout. A necessidade constante de acompanhar o avanço tecnológico e científico, o aumento da complexidade dos cuidados oferecidos e as elevadas taxas de ocupação dos leitos hospitalares também podem implicar nas taxas de absenteísmo-doença, principalmente na SB em setores de alta complexidade.

As exigências cognitivas e a carência de recursos para a realização das atividades no ambiente laboral são variáveis atribuídas ao desgaste e estão envolvidas na dinâmica do processo de estresse destes trabalhadores de enfermagem. Somados com a diversidade das atividades desenvolvidas, as interrupções frequentes do trabalho, os imprevistos e o lidar com o sofrimento agravam o processo saúde-doença do enfermeiro e conduzem gradativamente ao desgaste mental e emergência da Síndrome (ABREU M, 2017, p.11).

A precária qualidade dos serviços prestados nas instituições de saúde e os altos índices de absenteísmo dos enfermeiros são algumas das consequências da SB. São necessárias ações preventivas pautadas nos fatores desencadeantes da Síndrome de Burnout (CARLOS G, 2014, p.19).

No processo de manutenção e recuperação da saúde muitas responsabilidades são dependentes, compartilhadas e inter-relacionadas com a equipe multiprofissional de saúde, líderes de comunidades, gestores, entre outros. Algumas responsabilidades ultrapassam os limites da capacidade de atuação dos enfermeiros. Portanto a enfermagem é uma das profissões mais predispostas ao desenvolvimento da SB. Características próprias da ocupação como o excesso de atividades burocráticas, exaustivas, horas e/ou dupla jornada de trabalho, baixa remuneração e ampla gama de funções são fatores que contribuem para surgimento da Síndrome da Burnout (CARLOS G, 2018, p.12).

O trabalho do enfermeiro acarreta situações crônicas de estresse emocional e interpessoal do ambiente laboral e culmina em esgotamento profissional (DALMOLIN, GL,ET AL 2012). Irrrompe decepção e perda do interesse pela atividade de trabalho desenvolvida, justamente pela relação do indivíduo com o ambiente de trabalho. O profissional de saúde pode ser acometido pelas três dimensões da SB, caracterizadas pela exaustão emocional, a despersonalização e diminuição da realização.

Em enfermagem o principal aspecto de caracterização da profissão é o cuidar do outro. Claramente, o cuidar envolve atitudes de dedicação, zelo, espírito de sacrifício, caridade, imprimem um caráter quase religioso nesta profissão. Esses aspectos e a falta de autonomia, reconhecimento social do trabalho, domínio de um campo muito específico de conhecimento, a superlotação nos espaços hospitalares, o exercício da atividade em locais insalubres, a proximidade

com pacientes em sofrimento, o fato de ter múltiplos empregos e trabalhar em horários variados, são fontes permanentes de desgaste que exigem do profissional de enfermagem muito dispêndio da energia física e psíquica, tornando-o suscetível ao estresse ocupacional crônico e, conseqüentemente ao Burnout. Quando os métodos de enfrentamento aos estressores falham surge a questão de qual seria o método eficaz de enfrentamento do Burnout e seus estressores.

Segundo Carlos, (2003 p.23) ao revisar a literatura há dois posicionamentos complementares usados para definir estratégias de enfrentamento. O primeiro entende as estratégias como um processo pelo qual o indivíduo reage ao estresse, determinada por fatores pessoais, exigências situacionais e recursos disponíveis. O segundo posicionamento toma as estratégias de enfrentamento como ações direcionadas para a resolução e alívio de situações avaliadas como problema. Esse enfrentamento pode ser vivenciado por atitudes de rejeição, controle, submissão, esquiva ou minimização do estressor (CARLOS G, 2018, p.23).

Considerando os dois posicionamentos, as estratégias de enfrentamento são habilidades desenvolvidas para dominar possíveis situações de estresse ou que necessitem de adaptação. São usadas para remover ou minimizar as influências do agente estressor, tornar toleráveis as circunstâncias ou eventos desagradáveis, adaptar o organismo ao meio, conservar a autoimagem positiva e continuar se relacionando satisfatoriamente com as pessoas (CARLOS G, 2017,p.25).

Um conceito formulado por Abreu (2017,p.44) abrange as estratégias de enfrentamento como esforços cognitivos e comportamentais voltados para o manejo de demandas externas ou internas, que são avaliadas como sobrecarga aos recursos pessoais. Sugere que toda situação possui um significado particular para cada pessoa e as estratégias de enfrentamento dependem da avaliação cognitiva, categorização e análise dos eventos e da qualidade e intensidade de cada reação emocional (ABREU M, 2017 p.44).

A perspectiva cognitiva considera que as estratégias de enfrentamento podem ser aprendidas, usadas e adaptadas a cada situação, é um fenômeno dinâmico, que permite mudar ações e pensamentos diante de situações estressantes. Nessa mesma perspectiva, a estratégia de enfrentamento reflete um processo dinâmico de esforços para a resolução das dificuldades e demandas exigidas ao ajustamento do organismo.

Uma pesquisa com enfermeiros de uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) no interior de São Paulo, e Calderero (2011,p.23), constataram o uso de três formas de enfrentamento das tensões laborais e da Síndrome de Burnout. O evitamento, o confronto direto e o confronto indireto. No primeiro caso, os enfermeiros procuram ignorar os estressores, adiar os confrontos e/ou bloquear as emoções. No segundo, buscam informações, falam sobre o assunto e negociam alternativas. No terceiro caso, o enfrentamento ocorre, principalmente, por meio de práticas religiosas, esportivas e da meditação (CALDERERO, 2011, p.23).

Uma pesquisa realizada por Carlos (2018, p.56) envolvendo 96 profissionais de enfermagem de um hospital privado, observou que as estratégias mais utilizadas foram o controle (focalização ativa no problema), o apoio social (cooperação, informação e apoio afetivo) e a recusa (ignorar o problema ou a situação). Quanto aos índices de Burnout, identificaram 13,5% dos sujeitos com níveis elevados e 53,1% com níveis moderados, conduzindo Carlos a concluir que talvez tais estratégias não sejam eficazes no combate aos estressores laborais (

CARLOS G, 2018, p.56).

Em levantamento bibliográfico realizado por Joda (2013,p.23) sobre as estratégias e intervenções no enfrentamento do Burnout em diferentes categorias profissionais, incluindo enfermeiros, foram analisados 46 artigos, três livros e três dissertações. Os resultados indicam três possíveis níveis de intervenção: 1) estratégias organizacionais, focadas em mudanças aplicadas ao ambiente do trabalho, 2) estratégias individuais, focadas nas respostas individuais reguladoras de emoções em situações estressoras, 3) estratégias combinadas, focadas na interação do contexto ocupacional com o indivíduo (JODA D, 2013, p.78).

Os estudos revisados mostram que cada indivíduo busca por intermédio das estratégias de enfrentamento, lidar, controlar ou adaptar-se aos eventos estressores. Porém, quando essas estratégias são insuficientes, o ser humano pode sofrer a erosão de suas capacidades motivacionais, sentindo-se exaurido em suas forças psíquicas e perdendo a habilidade de solucionar conflitos internos e externos. Quando as estratégias falham e o indivíduo já não suporta as pressões do ambiente há a possibilidade de ocorrência da Síndrome de Burnout. Em relação aos efeitos negativos da Síndrome, podemos deduzir que afetam a qualidade de vida dos profissionais de saúde.

A qualidade de vida e o lazer são fatores importantes para o bom desempenho de qualquer profissional, principalmente para quem vive em constante contato com a urgência e emergência de situações que geram estresse, fadiga física e psicológica, e podem acarretar consequências para a saúde, como enxaquecas, hipertensão e a Síndrome de Burnout (CARLOS G, 2018, p.52).

A presença de outra relação de trabalho, devido ao baixo salário da categoria, a restrição do mercado de trabalho e a rotina de trabalho dupla (e até tripla de mulheres), reduz o tempo de autocuidado, de atividades que proporcionam prazer e da realização de atividade física e nutrição adequada, interferem na saúde e na qualidade de vida dos profissionais de enfermagem (MENECHINI F, et al, 2011, p.22).

As atividades de lazer podem ser classificadas como estratégias para aliviar o estresse e melhorar a qualidade de vida dos profissionais de enfermagem perante a Síndrome de Burnout. Estudos relatam que a qualidade de vida está relacionada ao tempo com a família, ao tempo livre para atividades de lazer que proporcionem prazer individual, como andar, dormir, ler, assistir TV, jogar futebol, ir ao cinema, navegar na Internet, frequentar uma igreja e tempo para atividades de aprimoramento profissional. É importante enfatizar que a Síndrome de Burnout afeta a qualidade de vida dos profissionais de enfermagem (CARLOS,G, 2018).

O desempenho de atividade física, além de proporcionar a manutenção de uma vida saudável é importante para a qualidade de vida, pois reduz tensões, diminui o estresse e proporciona melhores condições de saúde no trabalho para enfrentar o advento da Síndrome. A exposição realizada até aqui define o fenômeno de Burnout como algo já constituído, demarcado por um conjunto de variáveis estressoras laborais da Síndrome, mas não permite compreender seu processo de desenvolvimento.

Calderero (2011, p.55) sustenta a necessidade de esclarecer o processo que leva os sujeitos com alto comprometimento e motivação ao desenvolvimento do quadro de Burnout, afirma que a Síndrome de Burnout precisa ser compreendida como um processo de desenvolvimento, e salienta como a estrutura desse processo ainda é largamente desconhecida. Ao abordar o processo de desenvolvimento de Burnout constata o seguinte problema, compreender como certos profissionais de saúde que no início de suas carreiras

estão repletos de desejos a realizar, expectativas, ideais, comprometidos e motivados com o que fazem, tornam-se ao longo do tempo, exaustos, frustrados e descomprometidos (CALDERON, 2011, p.35).

O balanço da literatura sobre o fenômeno de Burnout realizado por Jardim, Silva Filho, Ramos (2004), abrangendo os últimos vinte anos de pesquisas sobre o problema, evidencia que os profissionais que desenvolvem a Síndrome de Burnout são justamente os mais dedicados aos projetos, dedicados totalmente ao trabalho, mais identificados com os ideais da profissão (JARDIM, SILVA FILHO, RAMOS, 2004, p. 83).

Um fato regularmente verificado pelas pesquisas empíricas sobre o fenômeno de Burnout nos últimos vinte anos é o desejo que os profissionais têm de alcançar um futuro promissor na profissão. Desenvolvem a Síndrome quando começam a experimentar fracassos e desilusões em seus projetos. Essa constatação é possível encontrar também nos trabalhos de Jardim et al (2004,p.77) ao estudarem o fenômeno de Burnout nos profissionais de enfermagem, observam como a perda do idealismo, característico dessa categoria profissional, gera um processo no qual o indivíduo se desilude, perdendo o interesse pelo trabalho e pelo mundo, desenvolvendo Burnout (JARDIM, SILVA FILHO, RAMOS, 2004, p. 83).

O tratamento da Síndrome de Burnout é executado com psicoterapia, mas pode envolver medicamentos (antidepressivos e/ou ansiolíticos). O tratamento geralmente entra em vigor entre um e três meses, mas pode durar mais, depende de cada caso. Acontecem mudanças nas condições de trabalho e, principalmente, nos hábitos e estilos de vida. Exercícios de atividade física e relaxamento devem ser rotineiros para aliviar o estresse e controlar os sintomas da doença. Após o diagnóstico médico é altamente recomendável que a pessoa tire férias e desenvolva atividades de lazer com pessoas próximas, amigos, parentes, cônjuges etc. (JARDIM, SILVA FILHO, RAMOS, 2004, p. 89).

Os sinais de agravamento da Síndrome de Burnout surgem quando o indivíduo não segue o tratamento adequado. Como resultado, os sintomas pioram e incluem perda total de motivação e distúrbios gastrointestinais. Em casos mais graves, a pessoa pode desenvolver Depressão, que muitas vezes pode ser indicativa de hospitalização para a avaliação detalhada e possíveis intervenções médicas.

As principais maneiras de prevenir a Síndrome de Burnout são: participar de atividades de lazer com amigos e familiares, realizar atividades além da rotina diária, como caminhar, comer em um restaurante ou ir ao cinema. Evitar o contato com pessoas pessimistas ou negativas, especialmente aquelas que se queixam de trabalho ou de outras pessoas. Conversar com alguém em quem confie.

Realizar atividade física regular, como frequentar uma academia, caminhada, corrida, ciclismo, remo, natação etc. Evitar o consumo de álcool, tabaco ou outras drogas, pois isso agrava a confusão mental. Não se automedicar, prestar muita atenção aos estressores da sua vida (e reduzir os desnecessários). A Síndrome de Burnout surge como resposta prolongada aos estressores crônicos. Quanto mais estressores o indivíduo lidar diariamente, maior o risco de Burnout. Biologicamente, não devemos estar nesse modo de alta tensão constantemente, pois nos perdemos na ideologia de que a única maneira de ser produtivo é ir para frente, trabalhando duro e sem pausas, na qual o descanso é considerado preguiça (CARLOS,G, 2018).

Considerações finais

Este trabalho tratou o tema incidência da Síndrome de Burnout (SB) na enfermagem. Considerou o tema importante e comparou os níveis de Burnout entre profissionais de enfermagem no ambiente de trabalho e a Síndrome de Burnout. Identificou as possíveis diferenças nos ambientes de trabalho, mensurando aquelas que favorecem o trabalho dos profissionais de enfermagem e norteiam o futuro dessa profissão.

Este artigo investigou o seguinte problema: os profissionais de enfermagem podem ser prejudicados pela SB no desempenho e na saúde mental? Este artigo nas apresentações e argumentos afirmou a hipótese de que a SB exerce efeitos negativos no desempenho dos profissionais e no setor de saúde em geral.

Teve como objetivo geral uma avaliação da prevalência da SB em profissionais de enfermagem. Apresentou como objetivos específicos: uma avaliação das estratégias de minimização da SB entre os profissionais de enfermagem. E esforço para alcançar um entendimento elevado sobre a temática.

Esta pesquisa justificou-se pela importância de reconhecer os danos da SB nos profissionais de enfermagem. No campo acadêmico e ciência, este trabalho foi apresentado como material de pesquisa para outros estudos nas áreas de psicologia, e medicina do trabalho. Na sociedade brasileira, a presente pesquisa oferece um entendimento elevado da SB.

Tendo em vista os resultados deste estudo, este trabalho conclui que os principais fatores relacionados a SB em enfermeiros, que atuam especialmente no contexto hospitalar, envolvem aspectos organizacionais, condições inadequadas de trabalho, jornadas prolongadas, excesso de tarefas, conflitos interpessoais, baixa autonomia e remuneração, associados à sobrecarga psicológica, cognitiva e física dos profissionais. Esses aspectos devem ser considerados na avaliação dos ambientes de trabalhos hospitalares. Dessa forma é possível estabelecer um diagnóstico situacional e interferir nos fatores determinantes, visando a melhoria da qualidade de vida dos enfermeiros. Propõe que outros estudos sejam elaborados na área da organização do trabalho hospitalar com o propósito de reunir subsídios teóricos para pensar e implementar uma organização laboral mais racional e flexível. Considerando os objetivos propostos e os resultados obtidos, é possível concluirmos que os objetivos propostos foram atingidos neste trabalho.

Referências

ABREU, M. **A Síndrome de Burnout e Os trabalhadores de Saúde**. 1 ed. Curitiba: Editora Sol Nascente,2017.

BENEVIDES, AP. **Burnout: Quando O trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

BRUTO, M. **O Perfil do profissional de enfermagem**. São Paulo: Hilmax ED.2017.

CAMELO, S. **Professional competences of nurse to work in Intensive Care Units: An integrative review**. Trad. NOGUEIRA, E. Rev Latino-America; Enfermagem.2012; 20(1):192-200.

CARLOS, G. **A ameaça chamado 'Burnout'**. Rio de Janeiro: Zelos Pub.2018

CARLOTTO, MS. **A relação profissional-paciente e a Síndrome de Burnout.** Encontro: Rev. Psicologia. 2009; Ed, 12(17): 7-20.

CIMIOTTI, JP. AIKEN, LH. **Burnout: Gestão em enfermagem: ferramenta para prática segura.** São Caetano do Sul: Yendis; 2011. 57-74.

COSTA, FM. ET AL.. **Absenteísmo relacionado às doenças entre membros da equipe de enfermagem de um hospital escola.** Rev. Bras. Enferm. 2009; 62(1): 38-44.

DALMOLIN, GL. ET AL. **Implications of moral distress on nurses and its similarities with Burnout.** Trad. MOURA, E. TexContext Enferm. 2012; 21(1):200-8

FREUDENBERGER, H. J. **Staff Burn-out.** *Journal of Social Issues*, Trad. IGOR, H.30 (1), 2015, 159-165.

FASCINA LP. ET AL **Avaliação do nível da Síndrome de Burnout na equipe de enfermagem da UTI adulto [relatório de pesquisa].** São Paulo (SP): **Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem;** 2007 [acesso em 08 ago 2011]. Disponível em: http://www.psicocare.net/psicologia/arquivos/sindrome_burnout .pd

FRANÇA, FM,.FERRARI, R. **Síndrome de Burnout e os aspectos sócio-demográficos em profissionais de enfermagem.** Acta Paul Enferm. 2012; 25(5): 743-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n5/15.pdf>.

GUIDO, L. A. **Stress e coping entre enfermeiros de centro cirúrgico e recuperação anestésica.** Tese de doutorado não-publicada, Programa Interinidades de Doutorado em Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2003.199pp.

JODAS, DA. HADDAD, M. **Síndrome de Burnout em trabalhadores de enfermagem de um pronto socorro de hospital universitário.** Acta Paul Enferm 2009; 22(2): 192-7. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n2/a12v22n2>.

MASLACH, C. LEITER, MP **Understanding the burnout experience: recent research and its implications for psychiatry.** Trad.. OLIVEIRA, M. World Psychiatry.2016; 15(2). <https://doi.org/10.1002/wps.20311>.

MENEGHEINI F,L. ET AL.**Fatores Ocupacionais Associados aos componentes Síndrome de Burnout em trabalhadores de enfermagem.** Text Context Enferm. 2011; 20(2): 225-33.

MOREIRA, DS, ET AL. **Prevalência da Síndrome de Burnout em trabalhadores de enfermagem de um hospital de grande porte da Região Sul do Brasil.** CAD Saúde Pública. 2009 Jul; 25(7): 1559-68. [acesso em 08 ago 2011]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n7/14>.

PINTO, J. **Estressores no ambiente do trabalho.** São Paulo:EDU Editora.2017.

ROSA, C, CARLOTTO, M. S. **Síndrome de Burnout e satisfação no trabalho em profissionais de uma instituição hospitalar.** Revista da SBPH, 2005. 8(2), 1-15.

ROSSI, SS, ET AL, **A Síndrome de Burnout no Enfermeiro: um estudo comparativo entre atenção básica e setores fechados hospitalares.** Rev. Pesq.: Cuidado Fundamental. 2010; 2 Suppl 1:381-4.

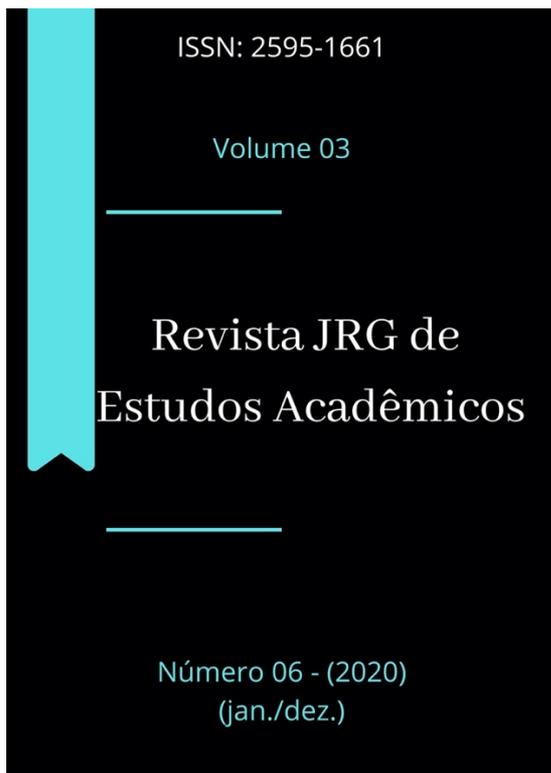
SALANOVO, M. ET AL.. **Hacia una perspectiva psicossocial Del burnout: cuando El trabajo “nos” quema..** In E. A. Tomás, J. L. A. Estramiana, A. G. Luque, R. M. Centeno, & I. S. Gallo (Orgs.), Nuevas formas de organización del trabajo y la empleabilidad (pp. 271-295). Oviedo: Universidad.

SILVA, A, MARCUCCI, RMB. **A síndrome de Burnout e a saúde do enfermeiro.** In: 12º Congresso de Iniciação Científica, a mostra de Pesquisa da Pós-Graduação; 2009 nov23-25; São Paulo (SP): Universidade de Santo Amaro, 2009. Disponível em: http://www.unisa.br/pesquisa/arquivos/livro_12_congresso.

SILVA, JL, ET AL **Discussão sobre as causas da Síndrome de Burnout e suas implicações à saúde do profissional de enfermagem.** Aquichan 2012; 12(2): 144-59. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1657->

TAMAYO, M. **Burnout: implicações das fontes organizacionais de desajuste indivíduo trabalham** em profissionais da enfermagem. Psicol reflex crit. Porto Alegre, v. 22, n. 3, 2009. [acesso em: 23 março. 2011].

VIOLA, NB, VIDAL, SV. **The nursing staff of a hospital and Burnout Syndrome: a dangerous relationship.** R Pesq Cuid Fundam Online 2010; 2(4): 1275-85. Disponível em <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/650>.



Tramitação Editorial:

Data de submissão (recebimento):
01/01/2020.

Data de reformulação:
10/02/2020

Data de aceitação (expedição de carta de aceite): 01/03/2020

Data de disponibilização no site (publicação): 20/03/2020

Publicado: 2020-03-20

DEPRESSÃO EM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Depression in institutionalized elderly: a literature review

Larissa de Oliveira¹
MSc. Jonas Rodrigo Gonçalves²

Resumo

O tema deste artigo é depressão em idosos institucionalizados. Aqui, questiona-se quais fatores contribuem para o surgimento da depressão em idosos em situações asilares. Para fundamentar a ideia, levanta-se a hipótese de que a institucionalização potencializa o estado depressivo do idoso. Sendo assim, o objetivo geral deste estudo é identificar os principais fatores que contribuem para o desenvolvimento desse estado depressivo. Como complemento, os objetivos específicos são: agregar conhecimento aos estudos sobre a depressão na terceira idade; promover a conscientização de que o idoso institucionalizado precisa de atenção e medidas que reduzam o desenvolvimento dessa patologia. Este trabalho é importante para o enfermeiro, pois o auxilia na percepção da depressão que acomete os idosos; quanto à ciência, é relevante visto que facilita o diagnóstico da depressão na terceira idade (e o distingue dos sinais comuns de envelhecimento); e agrega à sociedade no

¹Graduanda em Enfermagem pela Unip (Universidade Paulista). CV Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8069092437387105> ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3097-6958> E-mail: laarisoliv@gmail.com.

²Doutorando em Psicologia; Mestre em Ciência Política (Direitos Humanos e Políticas Públicas); Licenciado em Filosofia e Letras (Português e Inglês); Especialista em Direito Constitucional e Processo Constitucional, em Direito Administrativo, em Direito do Trabalho e Processo Trabalhista, entre outras especializações. Professor das faculdades Processus (DF), Unip (SP) e Facesa (GO). Escritor (autor de 61 livros didáticos/acadêmicos). Revisor. Editor. CV Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6904924103696696>. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4106-8071>. E-mail: jonas.goncalves@institutoprocessus.com.br

acúmulo de conhecimento sobre o idoso e seus variados sintomas depressivos manifestados quando institucionalizados, a fim de recuperar seu bem-estar e qualidade de vida nestas instituições. Trata-se de uma revisão integrativa de literatura, de caráter exploratório e abordagem qualitativa com duração de doze meses.

Palavras-chave: Depressão. Idoso. Institucionalizado.

Abstract

The theme of this article is depression in institutionalized elderly. Here, it is questioned which factors contribute to the emergence of depression in elderly people in nursing homes. To support the idea, the hypothesis is raised that institutionalization enhances the depressive state of the elderly. Thus, the general objective of the work is to identify the main factors that contribute to the development of this depressive state. In addition, the specific objectives are: to add knowledge to studies on depression in old age; promote awareness that the institutionalized elderly person needs attention and measures that reduce the development of this pathology. This work is important for the nurse, as it helps in the perception of depression that affects the elderly; as for science, it is relevant since it facilitates the diagnosis of depression in old age (and the distinction of common signs of aging); and adds to society the accumulation of knowledge about the elderly and their various depressive symptoms manifested when institutionalized, in order to recover their well-being and quality of life in these institutions. It is an integrative literature review, with an exploratory character and a qualitative approach lasting twelve months.

Keywords: Depression. Elderly. Institutionalized.

Introdução

A depressão está cada vez mais presente na vida do idoso, comprometendo sua rotina e alterando de forma significativa sua qualidade de vida. Essa doença não escolhe suas vítimas, mas acomete grande parte das pessoas da terceira idade, principalmente as que vivem em instituições asilares, longe de suas famílias e, por diversas vezes, isolados.

Diferente da tristeza, a depressão é uma doença que modifica fisiologicamente o indivíduo deprimido. Essa doença é caracterizada pelas diversas alterações psicopatológicas que surgem, podendo distinguir-se em relação à sintomatologia, gravidade, curso e prognóstico. (LIMA et al, 2016, p. 2).

Durante a velhice diversas patologias se manifestam ou acabam surgindo, seja pelas mudanças corporais do próprio idoso ou pela condição em que vive, ainda mais quando se encontram em situação asilar. Este artigo, portanto, se propõe a responder quais os fatores contribuem para o surgimento da depressão em idosos institucionalizados?

À medida que envelhecem, as pessoas passam a perder sua autonomia, começam a ser excluídas da produção, torna-se quase impossível conseguir emprego – pois não lhes dão mais chances –, sem emprego passam a ter menos dinheiro e, conseqüentemente, consomem menos, passam a comprar mais remédios, porque ficam doentes ou adoecem mais visto que não possuem recursos para investir na saúde. Assim institui-se o ciclo vicioso, como aponta Martins (2016, p. 121), que exclui o viver e instaura o sobreviver, em uma sociedade rude que oferece pouca ou nenhuma ajuda.

Envelhecer se torna ainda mais melancólico quando, frente aos desafios acima mencionados, o idoso se depara com uma nova realidade: a institucionalização, que simboliza abrir mão de vínculos, afetos, moradia, rotinas e pessoas que fizeram parte de toda uma vida, configurando uma nova etapa, nem sempre bem aceita e muito menos desejada. Partindo desse princípio, a institucionalização torna-se o objeto de estudo do presente artigo, no intuito de explicar melhor como se dá esse processo e quais suas potenciais consequências.

A hipótese que se levanta é de que a institucionalização do idoso potencializa o seu estado depressivo. O isolamento, a distância da família, a convivência com estranhos e a dependência são fatores que contribuem para o desenvolvimento desse estado emocional.

Além dos fatores já mencionados, outro aspecto importante é a qualidade de vida do idoso institucionalizado que tende a ser baixa devido as circunstâncias em que ele está exposto. Segundo Melo (et al, 2018), essa baixa qualidade de vida se dá pela dificuldade de adaptação e redução de autonomia do idoso, implicando no bem-estar físico e psicológico do ancião. (MELO et al, 2018, p. 7).

O objetivo geral deste trabalho é identificar os principais fatores que contribuem para o desenvolvimento da depressão em idosos residentes das Instituições de Longa Permanência do Idoso (ILPIs), considerando que eles tenham algum ou nenhum suporte familiar, condição de dignidade, liberdade e cidadania.

Kanso afirma que ir para uma Instituição de Longa Permanência (ILPI) representa romper laços tanto com a família quanto com os amigos. Além disso, essas instituições tornam-se responsáveis pela condição de abandono que, muitas vezes, já existia antes de o idoso chegar a ela. (KANSO et al, 2016, p. 2).

Como objetivo específico, o presente trabalho busca agregar conhecimento aos estudos sobre a depressão na terceira idade. Outro objetivo específico é promover a conscientização de que o idoso institucionalizado precisa de atenção, afim de que as ILPIs adotem medidas que melhorem sua qualidade de vida e convivência, reduzindo assim o desenvolvimento do quadro depressivo.

Pensar em formas de minimizar o impacto da solidão e da dependência na vida de um idoso é diminuir o sofrimento e melhorar a sua qualidade de vida. A solidão é um fenômeno crescente passível a tornar-se um sofrimento extremamente carente de tratamento e solução, entretanto é preciso ter a consciência de que sentir-se só não é sinônimo de estar só. Sendo assim, é preciso remodelar a convivência dos institucionalizados, melhorando sua condição de vida. (AZEREDO, 2016, p. 314-315).

A importância desta pesquisa, em uma esfera particular, vai além do interesse acadêmico. Ela auxilia o enfermeiro na percepção da depressão que acomete os idosos e potencializa seus sintomas causados pelo envelhecimento e pela perda da autonomia. Além disso, serve como base de estudo para assimilar os principais fatores que contribuem para o surgimento dessa patologia.

Já para a ciência, é relevante pois facilita o diagnóstico da depressão na terceira idade, excluindo frequentes equívocos referente ao idoso, visto que os sintomas da depressão são facilmente confundidos com os sinais do envelhecimento.

Quanto à sociedade, esta pesquisa pode agregar conhecimento sobre o idoso e seus variados sintomas depressivos manifestados quando institucionalizados, possibilitando que a ILPI reconheça e consiga trabalhar no indivíduo essa patologia, reduzindo sofrimento e, em casos mais graves, o próprio suicídio.

A execução desse trabalho acontece a partir de uma sequência de instruções, isso engloba a especificação do tema, do problema, da hipótese, dos objetivos, da

justificativa, da metodologia e a execução da revisão de fato, baseado em orientações de Rodrigues (2019).

O presente estudo é uma revisão integrativa da literatura realizado em um período de 12 meses de caráter exploratório a partir de dados já elaborados em artigos científicos, com o percurso metodológico composto pelas etapas: formulação da pergunta norteadora; definição de critérios de inclusão e exclusão de estudos na revisão; busca na base de dados; análise das literaturas; interpretação dos resultados; apresentação da revisão.

Para seu desenvolvimento, foi realizado buscas na plataforma BVS Saúde, a partir dos descritores depressão, idoso AND institucionalizado, certificados nos Descritores em Ciências de Saúde – DECS, gerando uma base bibliográfica com 78.068 artigos.

Na mesma plataforma de busca, foram selecionados artigos publicados entre o ano 2015 a 2019, o período de aproximadamente quatro anos engloba somente as publicações mais recentes sobre o tema, que foram publicados em Português, e que as revistas tratassem de assuntos como, Enfermagem, Psiquiatria, Geriatria e Psicologia, referente a temática, como critério de inclusão. Excluindo os que não possuíam tais critérios ou fossem repetidos, restaram 99 artigos. Ao realizar uma leitura exploratória, afim de filtrar embasamentos relevantes a temática, desses, foram selecionados 14 artigos com assuntos similares para compor a presente pesquisa.

Optou-se pela pesquisa qualitativa, no qual o assunto foi tratado a partir dos dados obtidos por meio da pesquisa bibliográfica, buscando informações e conteúdo que embasem e enriqueçam o estudo.

A revisão integrativa baseia-se em um estudo literário e a incorporação da aplicabilidade dos resultados de forma significativa na prática. Ou seja, essa revisão sintetiza o conhecimento acerca de um assunto de modo a analisar e identificar os resultados contribuindo de forma benéfica na qualidade dos cuidados prestados aos pacientes. É uma forma de revisar o conteúdo a fim de aplicá-lo de modo efetivo no cotidiano. (SOUZA, 2010, p. 102-104). Trata-se de um trabalho bibliográfico, desenvolvido a partir de um Projeto de Pesquisa, no caso o desenvolvimento da depressão no idoso institucionalizado. (GONÇALVES, 2019, p. 31).

Depressão em idosos institucionalizados

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 9,52% da população total brasileira (210.754.505 milhões) é idosa, ou seja, tem 65 anos ou mais, correspondendo a 20.063.828,9 milhões de habitantes. Estimativas revelam que em 2032 é possível que a população com idade maior que 65 anos represente 14,32% da população total do país, tornando o Brasil uma nação envelhecida conforme os parâmetros estipulados pela OMS. (IBGE, 2019).

Entende-se como a lei da vida nascer, crescer, envelhecer e morrer, sendo cada fase marcada por experiências, sentimentos, sensações e aprendizados diferentes. Entretanto, envelhecer parece desafiador, já que se tende a enfraquecer e abrir mão de hábitos que por anos foram exercidos.

Segundo o estudo de Soares (et al 2015, p. 673), interpretar negativamente o processo de envelhecer está atrelado ao se sentir jovem internamente, mas perceber-se com o corpo modificado e limitações.

É normal que com o passar do tempo o idoso perca a energia e a força, saia de uma rotina cheia de tarefas, passe a ter tempo de sobra e atividade de menos. Esse enfraquecimento dificulta até mesmo a realização de trabalhos diários como limpar a

casa e passar um café. É exatamente essa diminuição de autonomia que desencadeia a tristeza no indivíduo, que, futuramente, pode desenvolver-se para um estado depressivo.

Na terceira idade, os sintomas depressivos não dizem respeito somente a patologia, trata-se também das variáveis sentimentais próprias do processo do envelhecimento, ao contexto social a qual está inserida, os valores, interferindo na sua capacidade funcional e em relações sociais. (NÓBREGA et al, 2015, p. 537).

Em outras palavras, é habitual que a vida do idoso ganhe um tom a mais de tristeza, o que acontece devido as circunstâncias em que muitos se encontram quando atingem uma idade avançada. Entretanto é extremamente importante que se distinga a tristeza da depressão, já que ambos os estados encaminham para um isolamento do indivíduo.

A tristeza é uma condição momentânea consequente de sentimentos como perdas e desilusões, em algumas vezes é ponderada como saudável pelos médicos. Já a constância da tristeza associada a apatia, baixa autoestima, desesperança e indiferença caracteriza a depressão. (LIMA et al, 2016, p. 2).

Sendo assim, é possível distinguir tristeza de depressão pelas seguintes evidências: na tristeza, independente do motivo causador, a autoestima não costuma ser afetada; assim como quando se está triste, percebe-se o mundo como vazio ou desinteressante; já na depressão, a sensação de vazio está no próprio indivíduo, já não se vê útil ao mundo, não há motivo para permanecer vivo.

A presente sintomatologia diversificada, faz a patologia ser vista como um problema de saúde mental, se fazendo presente a importância do rastreamento da frequência, tempo de duração e intensidade em que os sintomas aparecem, tais como, anedonia, fadiga, alterações no padrão do sono e apetite, além do humor deprimido, tristeza. (BAPTISTA, 2019, p. 76-77).

A depressão nada mais é que um transtorno psiquiátrico que pode afetar todos, de todas as idades, não só os idosos, intervindo de forma negativa na funcionalidade da pessoa. Os sintomas gerais da depressão são variados, afeta o psicológico, físico e comportamental, variando a intensidade, frequência e até a duração destes.

O quadro depressivo provoca desequilíbrio emocional intenso no indivíduo e desenvolve uma tristeza permanente tão forte a ponto de gerar ideias de frustração e insatisfação, potencializado a intenção suicida e até mesmo encorajando a consumir o ato. Em diversos países os idosos acima dos 65 anos são considerados o maior grupo de risco. (PAPINI JUNIOR, 2018, p. 2).

Muitos são os fatores que desencadeiam a depressão no idoso. Entre eles pode-se citar a aposentadoria (que simboliza o fim da rotina de trabalho, a sensação de inutilidade, a falta de realização profissional, dificuldades financeiras, o isolamento social, mudanças e limitações físicas, a solidão, a perda de familiares e/ou amigos, e o desenvolvimento de diversos problemas de saúde.

Questão de saúde pública, a depressão atinge pessoas em todo o mundo independentemente da idade, status ou condição financeira. Entretanto, é na população idosa que ela atinge os maiores dados de mortalidade. Contudo, na terceira idade essa patologia não só é mais difícil de diagnosticar, visto que alguns sintomas se assemelham ao enfraquecimento da velhice, quanto também se torna um desafio, pois em muitos casos a maioria dos idosos nega sua depressão e recusa-se a procurar tratamento. (MARTINS, 2016, p. 119).

Considerada pela OMS como o “mal do século”, a depressão é o transtorno mental mais comum entre a população idosa, com o maior número de diagnósticos na faixa etária de 70-74 anos, relacionando os fatores psicossociais como provável

influencia desta. Cerca de 15% dos idosos apresentam sintomas depressivos, entretanto, esse distúrbio tende a ser mais recorrente nas populações idosas residentes em Instituições de Longa Permanência (ILPI).

A Organização Pan-Americana da Saúde afirma que a redução de atividades diárias, a perda da autonomia das atividades, a moradia em instituições de longa permanência e fatores hereditários estão associados a depressão. Dentre os fatores de riscos, incluem-se o gênero feminino, a solidão, a ansiedade crônica, a presença de patologias cerebrovasculares e o abandono por longo prazo, como ocorre em ILPIs. (OPAS/OMS, 2016).

Para entender melhor a situação de um idoso residente de uma instituição asilar, é preciso definir do que se trata esse abrigo, como ele funciona e quais são suas características fundamentais e essenciais a sua atividade.

Bastante comum nos países do hemisfério sul, as ILPIs são encaradas como um lugar de exclusão e isolamento. O lar dos idosos, originalmente chamado de asilo, é um espaço criado para abrigar pessoas da terceira idade que, por diversos motivos, tiveram de se afastar de suas famílias e deixar suas casas. Trata-se do lugar em que viverão seus últimos anos de vida, onde são deixados até a morte. Ainda no século XIX, um dos primeiros asilos do Brasil foi fundado em 1890, na cidade do Rio de Janeiro, desempenhando um papel importante principalmente com a implementação de políticas públicas que atendessem a demanda de cuidados que tendia a crescer. (KANSO et al, 2016, p.2).

Sabe-se que o crescimento populacional, o aumento da expectativa de vida, o envelhecimento solitário, os problemas financeiros, a desestruturação da família e o distanciamento social (consequência principalmente do avanço tecnológico que une as pessoas através de aparelhos, mas os afasta do coletivo e diminui a presença física) também são razões que aumentam a demanda por instituições de abrigo ao idoso.

A ILPI é a mais antiga alternativa de cuidado com o idoso, anteriormente conhecido como asilo ou instituições asilares. No Brasil existem aproximadamente 3.548 instituições, dessas cerca de 65,2% são filantrópicas. Em suma, as ILPIs são residências coletivas que oferecem cuidado e algum tipo de serviço a saúde, podem ser de caráter governamental ou não governamental e abrigam pessoas com idade igual ou superior a 60 anos. (KANSO, 2016, p.4).

Segundo Kanso (2016), os asilos passaram a ser associados a instituições de cuidado total, onde todos os aspectos da vida são realizados no mesmo ambiente sob orientação de uma mesma autoridade. Ela acrescenta ainda que o nível de dependência dos residentes influencia diretamente no “grau de totalidade” das instituições. Ou seja, na situação dos residentes acamados, por exemplo, toda sua vida é administrada pela empresa como possivelmente ocorreria em suas famílias. Isso se dá pela baixa capacidade funcional do idoso e não, necessariamente, pelas atribuições da ILPI. (KANSO, 2016, p. 4)

A Resolução nº 283, de 26/06/2005, da Anvisa, regulamenta as normas essenciais para o funcionamento das Instituições de Longa Permanência para Idosos de caráter residencial. Aplicável a toda ILPI destinada à moradia coletiva de idosos, essa legislação define os graus de dependência do idoso como sendo: I – independente, II – com dependência em até três atividades de autocuidado ou III – dependente. Além disso, estabelece o limite de idosos sob a responsabilidade dos cuidadores, sendo: um cuidador para cada 20 residentes/turno de grau de dependência I, um cuidador para cada 10 residentes/turno de grau de dependência II e um cuidador para cada 6 residentes/turno de dependência III. A resolução define

ainda os demais profissionais que poderão atuar no funcionamento da ILPI, seja para serviços de limpeza, lazer, alimentação ou lavanderia. (ANVISA, 2005, itens 3.4-4.6.1.2).

Nas condições gerais, item 4 do Anexo, a legislação define a atenção que deve ser dada ao idoso como responsabilidade da ILPI e estabelece algumas premissas que devem ser seguidas. A Instituição de Longa Permanência para Idosos torna-se responsável pelo idoso e é de sua obrigação garantir o exercício dos direitos humanos de seus residentes, os direitos civis, políticos, econômicos, sociais, culturais e individuais. (ANVISA, 2005, item 4).

Para atender as premissas estipuladas, a ILPI deve: assegurar os direitos dos idosos inclusive o respeito à liberdade de credo e de ir e vir (exceto em casos de restrição definida no Plano de Atenção à Saúde); preservar a identidade e a privacidade do idoso; garantir um ambiente de respeito, dignidade e acolhimento; viabilizar a convivência dos residentes, independente de sexo ou grau de dependência; incluir os idosos nas atividades desenvolvidas pela comunidade local; apoiar a realização de atividades que envolvam pessoas de outras gerações; estimular a autonomia do idoso por meio das atividades desenvolvidas; estimular e provocar a participação da família e da comunidade na atenção ao idoso residente; desenvolver atividades de lazer sejam por meio de atividades físicas, recreativas e/ou culturais; desenvolver atividades e rotinas inclusivas e preventivas sobre tipo de violência e discriminação contra pessoas nela residentes. (ANVISA, 2005, itens 4.3.1-4.3.10).

Quanto à infraestrutura, a instituição deve dispor de dormitórios separados por sexo, para no máximo quatro pessoas, banheiros coletivos também separados por sexo, sala para atividades coletivas, sala de convivência, sala de administração, refeitório, cozinha/despensa, lavanderia, local para guarda de roupas, local para guarda de material de limpeza, área externa, espaço para atividades ecumênicas, almoxarifado e vestiário para funcionários. (ANVISA, 2005, itens 4.7.7.1-4.7.7.13).

Além da resolução citada, o art. 49 do Estatuto do Idoso – Lei nº 10.741, de 1 de outubro de 2003 – estabelece alguns princípios a serem seguidos pelas ILPIs: preservar os vínculos familiares; atender de forma personalizada e em pequenos grupos; manter o idoso na mesma instituição, salvo em caso de força maior; garantir a participação do idoso nas atividades comunitárias, de caráter interno e externo; cumprir os direitos e garantias dos idosos; preservar a identidade do idoso e oferecer um ambiente de respeito e dignidade. (BRASIL, 2003)

Mesmo seguindo as exigências impostas pela resolução regulamentadora das ILPIs, muitos são os desafios enfrentados quando se fala em manter a qualidade de vida e o bem-estar dos idosos. Pensando em uma perspectiva do residente, torna-se possível mensurar os possíveis fatores que potencializam a depressão que sem o tratamento adequado pode evoluir para uma possível demência e até mesmo Alzheimer. Entre esses fatores pode-se destacar: a separação da família, de entes queridos e de seu ambiente familiar; a radical necessidade de interagir, criar vínculos e, até mesmo, depender de pessoas desconhecidas; o isolamento social; a sensação de abandono (que em alguns casos não se trata somente de sensação, mas sim da realidade vivida pelo residente).

Além dessas condições comumente associados a depressão no idoso, Nóbrega (2015) acrescenta outras seis significativamente associados à sintomatologia depressiva em pessoas idosas institucionalizadas: aspectos sociodemográficos como idade, escolaridade e autopercepção de situação financeira ruim; condição e autopercepção de saúde ruim; baixa capacidade funcional ou incapacidade/limitação

funcional; comportamento como agressão física, abuso verbal, agir psicótico, neuroticismo e pensamentos suicidas; cognição e alterações cognitivas como a demência; utilização corriqueira de medicamentos, em especial psicofármacos. (NÓBREGA, 2015, p. 544-546)

De fato, a terceira idade vem acompanhada de sentimentos e heranças do caminho trilhado até se tornar idoso. Para uns, envelhecer ainda faz sentido, é sinônimo de sabedoria, de experiência e de missão cumprida. Para outros, são anos de luta, trabalho, frustrações, desafios e obstáculos, anos marcados de sofrimento, tristeza, miséria e, por fim, abandono. Abandono esse que perdura quando institucionalizados até o fim de suas vidas. Mas, no geral, são anos de dedicação e cuidado com filhos, netos, sobrinhos e outras pessoas queridas que carinhosamente ganham espaço e importância na vida desses anciões. Ser idoso nem sempre é ser velho, pois o velho é aquele que perdeu sua jovialidade e já não ensina, enquanto ser idoso é ter idade avançada e, mesmo assim, ainda aprender.

Traçar o perfil do idoso institucionalizado é algo possível, entretanto poucos são os estudos que seguem essa linha de pesquisa, impossibilitando que haja um parâmetro geral das características do indivíduo que vive, ou melhor, sobrevive com a depressão. Dados como a percepção da saúde, por exemplo, podem alternar de região para região, em consequência da divergência existente também no perfil socioeconômico e na frequência em que se pratica exercícios. (GUTHS et al, 2017, p. 176)

É compreensível que cada idoso apresente particularidades, herança de seu longo caminho percorrido durante a vida. Todavia, a depressão mostra-se como uma das maiores semelhanças entre os residentes de ILPIs.

O estudo de Guths (et al 2017) busca descrever os perfis sociodemográficos, familiares, condições de saúde, depressão e capacidade funcional de idosos com idade igual ou maior a 60 anos institucionalizados em 11 ILPIs distintas. No total foram 218 idosos entrevistados, os demais residentes foram excluídos por motivos de falta de interesse em participar, são acamados e possuem sequelas importantes, são portadores de Transtornos Psiquiátricos Graves, idade inferior à média estabelecida, comprometimento auditivo e encontravam-se hospitalizados. (GUTHS et al, 2017, p. 177)

Em uma triagem inicial, 42,6% dos idosos foram excluídos da pesquisa por apresentarem problemas cognitivos como dificuldade ou total incapacidade em preencher os formulários de coletas de dados da pesquisa. Esse déficit é um ponto que deve chamar atenção das ILPIs, pois traduzem uma necessidade a mais de atenção especializada demandada pelo idoso e nem sempre atendida. (GUTHS et al, 2017, p. 182)

Somente 60 idosos, entre os 218 entrevistados, alcançaram uma nota considerável na avaliação aplicada por Guths (et al 2017). O resultado mostra que: os residentes permanecem, em média, 18 meses nas instituições; desses, 66,7% correspondem ao sexo feminino; a faixa etária com maior prevalência varia entre 70 e 79 anos (36,7%); 35% possuem o ensino primário incompleto; 46,7% são viúvos ao mesmo tempo em que 63,3% não possuem filhos; 75% recebem visitas (parentes e amigos); 30% já moravam só antes de mudar-se para a instituição; 26,7% moravam com filhos; 55% não possuía imóvel próprio. Quanto à saúde: 75% não tem convênio; 38,5% reclamou da dificuldade de andar; 16,7% se queixou de sofrer com dores generalizadas; 95% possuem doenças crônicas e faz uso de medicamentos. No geral, 50% alegou que sua percepção de estado geral de saúde é boa e 33,3% a define como regular. (GUTHS et al, 2017, p. 178-182).

Mesmo que a maioria tenha dito não precisar de auxílio na realização de funções do cotidiano (banhar, subir escadas, comer), 53% dos idosos possuem sintomas de depressão moderada e um idoso, depressão grave. Esse resultado mostra que, embora a maioria dos idosos se avaliem como independentes funcionais, tal condição não exclui o fato de serem acometidos pela depressão. Ser independente fisicamente não simboliza a ausência de sintomas depressivos. Isso pode ser explicado pelos demais fatores associados ao residente como a própria institucionalização e o isolamento social. (GUTHS et al, 2017, p. 183).

A priori, um conjunto de fatores está associado ao desenvolvimento da depressão no idoso. Entre eles estão a ausência de filhos, alto índice de morbidade, dificuldade em executar ações diárias, distância e ausência familiar, baixo poder aquisitivo e falta de atenção direcionada ao residente fazem parte do combo que leva à infelicidade, solidão e depressão. (GUTHS et al, 2017, p. 183).

A depressão é uma enfermidade que comumente acomete os idosos, mas ainda assim tem seus sintomas pouco investigados e subdiagnosticados. Tal fato contribui para maior mortalidade, tanto pelo aumento do risco de suicídio quanto pelo desenvolvimento de doenças crônicas. (SILVA, 2019, p. 9).

Alguns estudos defendem que o tempo melhora e minimiza parte das doenças depressivas, sendo tratadas ou não. Outros protegem o uso medicamentoso como melhor aliado na superação dessa patologia, já que atua diretamente na disfunção fisiológica que essa doença causa.

Como ressalta Junior, apenas a utilização de medicamentos não é capaz de resolver todos os fatores envolvidos na depressão, dessa forma torna-se necessário o desempenho de uma equipe multiprofissional empenhada a utilizar métodos próprios e não farmacológicos de tratamento. O intuito dessa forma alternativa de tratamento é fazer com que a pessoa deprimida volte a sentir-se útil, resolvendo assim, mesmo que minimamente, seus problemas. (PAPINI JUNIOR, 2018, p. 2-3).

A qualidade de vida dos residentes é um fator determinante no potencial desenvolvimento do quadro depressivo. Simeão (2018) a define como um fenômeno de difícil interpretação, visto que é subjetivo, complexo e com bastante perspectivas, abrangendo tanto aspectos de julgamento individual de domínios específicos quanto aspectos referentes à interação social e particularidades que cercam o indivíduo. (SIMEÃO, 2018, p. 3925).

Muitas são as questões que influenciam na qualidade de vida e bem-estar do idoso institucionalizado. A família, por exemplo, ao mesmo tempo em que pode elevar a autoestima do idoso por meio do convívio, da troca de afeto e cuidado, pode ter o efeito adverso quando falta recurso e paciência.

Em seu estudo, Simeão investiga a vida de idosos residentes em ILPIs e idosos que frequentam instituições conhecidas como *Centro Dia*, onde oferecem alimentação, cuidados dos profissionais de saúde e atividades físicas, motoras e de lazer ao longo do dia. Seu principal objetivo é comparar a qualidade de vida dos residentes asilados e dos frequentadores de instituição da categoria Centro Dia. (SIMEÃO, 2018, p. 3925).

Cerca de 26 questões foram aplicadas, uma em forma de autoavaliação destinava-se à qualidade de vida de modo geral, outra questionava a satisfação com o estado da saúde e as demais tratavam de assuntos entre os seguintes domínios: físico, como mobilidade, dores, energia, atividades diárias, dependência farmacológica, tratamentos e autonomia; psicológico, como pensamentos, sentimentos, memória, concentração, autoestima, religião e crenças; relações sociais,

como relacionamentos, vida sexual e suporte social; meio ambiente, que inclui proteção física e questões de segurança. (SIMEÃO, 2018, p. 3925).

O resultado aponta que nos idosos da instituição no modelo Centro Dia as taxas de qualidade de vida são superiores aos residentes de ILPIs. Os scores também são distintos entre as mulheres e os homens, neste caso, enquanto as mulheres se preocupam com o fato de estarem chegando a velhice tornando esse processo desconfortável e sofrido, os homens apresentam uma autoestima maior consequência de serem despreocupados com o envelhecimento, pois o encaram como um processo natural que simboliza automaticamente aposentadoria, dependência e doença. Essa postura minimiza a produção de pensamentos e sentimentos negativos acerca do processo, minimizando também os impactos sobre a saúde. (SIMEÃO, 2018, p. 3930).

Ficou perceptível que a qualidade de vida no modelo Centro Dia é maior em comparação aos idosos asilados. Isso acontece em resposta às atividades desenvolvidas e à manutenção das relações sociais. Nas instituições Centro Dia, o espectro social é mais amplo, são realizadas atividades diárias com maior frequência garantindo uma maior autonomia ao idoso participante, essa execução livre e autônoma das atividades reflete na autoestima e até mesmo na condição de saúde. (SIMEÃO, 2018, p. 3927).

Em números, a contribuição dos domínios na qualidade de vida do idoso de um modo geral é de 40,5%. Se analisados individualmente, o domínio físico (17,1%) foi o que mais agregou a qualidade de vida, logo após vem meio ambiente (9,9%), psicológico (7,5%) e relações sociais (6,0%) continuamente. (SIMEÃO, 2018, p. 3929).

Entretanto, nota-se que tanto os frequentadores do Centro Dia quanto os residentes em ILPIs realizam poucas ou quase nenhuma atividade doméstica, isso potencializa a sensação de inutilidade e os faz sentirem menos capazes, o que pode virar tristeza e insatisfação, afetando diretamente a qualidade de vida e o bem-estar do indivíduo. (SIMEÃO, 2018, p. 3929).

Vale ressaltar que não necessariamente a institucionalização fragiliza a qualidade de vida do idoso, muitos dos residentes já carregam consigo uma má percepção da vida e, conseqüentemente, uma baixa qualidade no momento em que se procura por uma Instituição de Longa Permanência para Idosos. (SIMEÃO, 2018, p. 3931).

Pensando na depressão como uma doença com grande potencial de estimular pensamentos e atitudes suicidas é preciso pensar também em medidas que previnam, minimizem e impeçam que essa patologia se desenvolva na vida dos idosos institucionalizados.

Espera-se que essas novas alternativas de tratamento devolvam ao idoso deprimido sua autoestima e reduza significativamente seus sentimentos negativos. É fundamental que se mantenha a qualidade de vida, a saúde mental e as atividades sociais, não só no tratamento, mas também no dia a dia dos idosos institucionalizados. (PAPINI JUNIOR, 2018, p. 3).

Entre os meios não medicamentosos pode-se citar: psicoterapias, atividades comportamentais empregadas por psicólogos que têm o intuito de ampliar a consciência do paciente ensinando-o a enfrentar situações e lidar com as dificuldades em seu ambiente; atividades físicas, que devem ser realizadas regularmente, a fim de elevar os níveis de endorfina, reduzindo assim o nível de estresse e conseqüentemente os sintomas depressivos; atividades lúdicas como jogos, brincadeiras, rodas de conversa, trabalhos manuais, musicais e artísticos garantindo a diversão como terapia, estimulando o cognitivo, a autoestima, a interação social;

atividades de interação social que contem com a participação de familiares, conhecidos, pessoas especiais e amigos, buscando diminuir a sensação de solidão e isolamento, fortalecendo vínculos e estimulando sensações como a gratidão, felicidade, amor e afeto. (PAPINI JUNIOR, 2018, p. 3).

Em suma, a depressão no idoso não difere tanto da depressão no jovem ou no adulto. A diferença mesmo está nos motivos que desencadearam a doença, em como ela é encarada, qual tratamento se dá e quais as condições de vida o idoso está submetido.

Desse modo, o foco principal do trabalho em ILPIs deve ser manter no idoso (mesmo que depressivo) o sentido da vida. Um estudo de Soares (2015), aponta que a percepção do profissional da saúde sobre essa fase da vida é bastante importante e deve-se encarar com respeito às vivências de cada idoso. Acrescentando ainda que entender e respeitar a vontade e o saber do idoso, construídos ao longo de sua história, proporciona uma percepção positiva no significado da vida. É papel do profissional de saúde averiguar os fatos do convívio social do idoso referente a autonomia e independência, recorrendo a ações educativas, orientadoras e promotoras de saúde, além de criar vínculos e familiaridade que favoreçam a convivência estabelecendo relações baseados no acolhimento acolhedor e compreensivo. (SOARES, 2015, p. 676).

Considerações Finais

Envelhecer é um processo natural da vida, mas para alguns se torna triste e solitário. Por diversas circunstâncias, muitos idosos acabam internados em instituições asilares e essa ação pode desencadear, entre várias outras patologias, a depressão. A partir dessa ideia, o presente trabalho teve como tema a depressão no idoso institucionalizado.

Entretanto, quais os fatores contribuem para o desenvolvimento da depressão no idoso institucionalizado? Acredita-se que a institucionalização por si só já é uma grande razão do surgimento dessa patologia e o modo como os idosos vivem nas ILPIs potencializa ainda mais seus sintomas e os efeitos da depressão no idoso.

Ao longo deste artigo foram identificados os principais fatores que contribuem para o desenvolvimento da depressão em um contexto interno das ILPIs. Espera-se ainda que este trabalho contribua no acúmulo de conhecimento aos estudos sobre a depressão na terceira idade e promova a conscientização de que o idoso institucionalizado precisa de atenção. Por fim, algumas medidas foram propostas visando a melhoria da qualidade de vida e bem-estar desses idosos, como forma de prevenção e mitigação do desenvolvimento da doença.

Saber diferenciar os sinais da velhice e os sintomas da depressão é de extrema importância, pois norteia o profissional da saúde no diagnóstico correto do paciente. Além disso, é fundamental que as ILPIs reconheçam e considerem a depressão como uma realidade presente dessas instituições e adotem novas posturas e novos métodos de convivência a fim de aperfeiçoar o trabalho dos profissionais da instituição, melhorar a vida dos residentes e nutrir uma boa convivência, com harmonia, alegria e bastante afeto.

Por último, e não menos importante, conclui-se que assim como a tecnologia está em constante evolução, com a sociedade e organizações não é diferente. É preciso remodelar as Instituições de Longa Permanência para Idosos, principalmente pelo fato de elas se tornarem cada vez mais necessárias, já que muitas vezes substituem a família e o lar. Sendo assim, novas posturas devem ser adotadas e faz-

se necessário reestabelecer uma rotina que investe tempo, carinho e atenção nos idosos, promovendo seu bem-estar e seu desenvolvimento cognitivo/afetivo, melhorando a qualidade de vida e reduzindo as consequências da depressão.

Referências

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (D.O.U. 27/09/2005). Portal de Legislação - **Resolução nº 283 de 26/09/2005**. Disponível em: <http://www.diariodasleis.com.br/busca/exibelink.php?numlink=1-9-34-2005-09-26-283> Acesso em 20 mar. 2020.

AZEREDO, Zaida de Aguiar Sá; AFONSO, Maria Alcina Neto. Solidão na perspectiva do idoso. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, v. 19, n. 2, p. 313-324, 2016.

BAPTISTA, Makilin Nunes; CUNHA, Felipe Augusto; MARQUES, Maria Andreia da Nóbrega. **Evidências de estrutura interna da Escala Baptista de Depressão: Versão Idoso (EBADEP-ID)**. *Psicol. Pesq.*, Juiz de Fora, v. 13, n. 1, p. 76-85, abr. 2019

BRASIL. Ministério da Justiça. Estatuto do idoso: **Lei federal nº 10.741, de 01 de outubro de 2003**. Brasília, DF: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2004.

GONÇALVES, Me Jonas Rodrigo. **Como escrever um Artigo de Revisão de Literatura**. *Revista JRG De Estudos Acadêmicos*, v. 2, n. 5, p. 29-55, 2019.

GÜTHS, Jucélia Fátima da Silva et al. Perfil sociodemográfico, aspectos familiares, percepção de saúde, capacidade funcional e depressão em idosos institucionalizados no Litoral Norte do Rio Grande do Sul, Brasil. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, v. 20, n. 2, p. 175-185, 2017.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Projeção da população do Brasil e das Unidades da Federação**. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/index.html?utm_source=portal&utm_medium=popclock&utm_campaign=novo_popclock>> Acesso em 22 nov. 2019.

KANSO, Solange; CAMARANO, Ana Amélia; MELLO, Juliana Leitão e; CARVALHO, Daniele Fernandes. **As instituições de longa permanência para idosos no Brasil**. *Anais*, p. 1-17, 2016.

LIMA, Ana Maraysa Peixoto et al. **Depressão em idosos: uma revisão sistemática da literatura**. *Rev Epidemiol Control Infec [Internet]*, v. 6, n. 2, p. 97-103, 2016.

MARTINS, Rosa Maria. **A depressão no idoso**. *Millenium-Journal of Education, Technologies, and Health*, n. 34, p. 119-123, 2016.

MELO, Letícia Alves et al. Fragilidade, sintomas depressivos e qualidade de vida: um estudo com idosos institucionalizados. *Revista Baiana de Enfermagem*, v. 32, 2018.

Nações Unidas Brasil. **Envelhecimento pode agravar ocorrência de depressão em idosos, alerta OPAS em nova publicação.** Disponível em: <<<https://nacoesunidas.org/envelhecimento-pode-agravar-ocorrencia-de-depressao-em-idosos- alerta-opas-em-nova-publicacao/>>> Acesso em 8 nov. 2019.

NÓBREGA, Isabelle Rayanne Alves P.; LEAL, Márcia Carréra Campos; MARQUES, Ana Paula de Oliveira; VIEIRA, Júlia de Cássia Miguel. **Fatores associados à depressão em idosos institucionalizados: revisão integrativa.** Saúde em Debate, v. 39, p. 536-550, 2015.

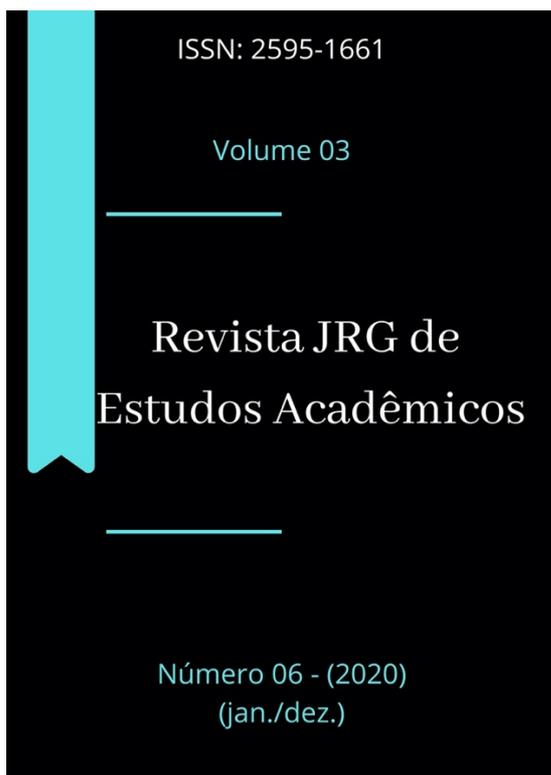
PAPINI JUNIOR, Carlos Roberto et al. **Estratégias não farmacológicas utilizadas na redução da depressão em idosos: revisão sistemática.** Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro, v. 8, 2018.

SILVA, Patrícia Oliveira et al. Prevalência de sintomas depressivos e seus fatores associados em idosos atendidos por um centro de referência. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, v. 22, n. 5, 2019.

SIMEÃO, Sandra Fiorelli de Almeida Penteado et al. **Comparative study of quality of life of elderly nursing home residents and those attending a day Center.** Ciencia & saude coletiva, v. 23, p. 3923-3934, 2018.

SOARES, Pollyana Pagliaro Borges et al. **Percepção dos idosos com indicativo de depressão sobre o significado de viver.** Cogitare Enfermagem, v. 20, n. 4, 2015.

SOUZA, Marcela Tavares de; SILVA, Michelly Dias da; CARVALHO, Rachel de. **Revisão integrativa: o que é e como fazer.** Einstein (São Paulo), São Paulo, v. 8, n. 1, p. 102-106, mar. 2010. <https://doi.org/10.1590/s1679-45082010rw1134>



Tramitação Editorial:

Data de submissão (recebimento):
01/01/2020.

Data de reformulação:
10/02/2020

Data de aceitação (expedição de carta de
aceite): 01/03/2020

Data de disponibilização no site
(publicação): 20/03/2020

DOI: <http://doi.org/10.5281/zenodo.3895187>

Publicado: 2020-05-26

**ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO ATENDIMENTO AOS CUIDADOS
CONTINUADOS NA ONCOLOGIA**

NURSE'S PERFORMANCE IN CARE OF CONTINUOUS CARE IN ONCOLOGY

*Maria Fabiana da Silva¹
Maria Luiza Rêgo Bezerra²*

Resumo

Introdução: O câncer é considerado o maior problema de saúde pública mundial e sua incidência aumenta a cada ano, principalmente em decorrência do crescimento e do envelhecimento populacional. Em muitos casos a ausência de cura incita o estabelecimento de práticas de cuidado paliativo com foco na qualidade de vida e manutenção do conforto do paciente. O enfermeiro ocupa um papel central neste processo, executando cuidados de saúde humanizados e adaptados às necessidades do doente em tratamento oncológico. **Objetivo:** Compreender a importância da atuação do enfermeiro nos cuidados continuados da oncologia e levantar implicações de formação e capacitação do enfermeiro na assistência aos pacientes. **Método:** Revisão integrativa de natureza exploratória de artigos

¹Graduanda em Enfermagem pela Universidade Paulista-UNIP - SP

²Doutoranda em Bioética (Programa de Pós-graduação em Bioética da UnB). Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade de Brasília (UnB), Especialista em Gestão em Saúde Pública com Ênfase em Saúde Coletiva e da Família (INESPO-PUC/SP) e Enfermeira pela Universidade Federal do Maranhão (UFMA), campus de Imperatriz-MA.

científicos nacionais e internacionais publicados entre 2015 e 2020. **Resultados:** A partir da análise e seleção de dez artigos, a maioria dos estudos indicou que a prática do enfermeiro é focada no desenvolvimento, autocuidado e independência dos indivíduos em atividades diárias, envolvendo familiares e cuidadores na reabilitação por meio de práticas educativas em saúde. Outro aspecto foi a deficiência na formação acadêmica do enfermeiro. **Conclusão:** A atuação do enfermeiro em cuidados continuados integrados na oncologia é central. Ressalta-se a necessidade de formação adequada ao enfermeiro, tanto para prover ao estudante de enfermagem subsídios acerca dos cuidados paliativos, propiciando a escolha por uma qualificação especializada posterior, quanto a prestar uma assistência eficaz em sua rotina profissional.

Palavras-chave: Cuidados continuados. Oncologia. Enfermagem.

Abstract

Introduction: *Cancer is considered the largest public health problem in the world and its incidence increases every year, mainly due to population growth and aging. In many cases the absence of a cure encourages the establishment of palliative care practices with a focus on quality of life and maintenance of patient comfort. Nurses play a central role in this process with the develop of humanized health care adjusted to the needs of patients undergoing cancer treatment.* **Objective:** *Understand the importance of nurses' performance in integrated care in oncology and, additionally, to raise the implications of nursing education and training for the care of these patients.* **Method:** *Integrative review of exploratory nature of national and international scientific articles published between 2015 and 2020.* **Results:** *In the analysis and selection of ten articles, we found that the vast majority of studies indicated that nurses have an extremely relevant role in cancer units, essentially because their practice involves promoting quality of life of patients and family members in integrated care. Another aspect observed was the deficiency in the academic education of nurses, implying a lack of preparation for professional practice with cancer patients.* **Conclusion:** *We conclude that the role of nurses in integrated care in oncology is central and focused on developing self-care and independence of individuals in daily activities, besides involving family members and caregivers in rehabilitation through educational practices in health offered by nurses. We emphasize that it is essential to adequately train nurses, both in providing nursing students with subsidies on what palliative care is applied, and may choose whether to choose a subsequent specialized qualification, as well as in the which refers to providing effective assistance in their professional routine.*

Keywords: *Integrated care. Oncology and Nursing.*

Introdução

Nos últimos anos a incidência de câncer está aumentando no mundo, e representa a segunda principal causa de morte entre as pessoas. O Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), “estima que o Brasil terá 625 mil novos casos de câncer a cada ano do triênio 2020-2022” ⁽²⁾. Apesar dos

avanços científicos e tecnológicos propiciarem a expectativa de vida para muitos indivíduos, as consequências de tratamentos voltados apenas para a doença e seus efeitos a longo prazo continuam representando um aspecto crítico, pois alguns tipos de câncer são incuráveis e as formas de tratamento disponíveis, limitadas. Estima-se que muitos pacientes terão, desde o momento do diagnóstico, um câncer avançado e incurável ⁽³⁾.

As terapias convencionais direcionadas apenas ao câncer deixam de ser benéficas para o paciente, cujo foco principal de cuidados deve ser paliativo, ou seja, focado em apoio psicossocial, conforto físico emocional e espiritual, com uma comunicação clara, consistente e o encaminhamento adequado para o atendimento hospitalar. Além disso, é fundamental ressignificar a assistência oncológica e o processo de cuidado aos envolvidos, uma vez que seu foco supera a perspectiva do curar, promove a qualidade de vida e contextualiza o processo de morrer.

A assistência necessária ao paciente com câncer é complexa e demanda, conforme ressalta Peiter *et al* ^(4:62), “uma gestão do cuidado qualificado, o que implica maior critério no momento de sistematizar a assistência de enfermagem, envolve a articulação das dimensões assistencial e gerencial”. A atuação do enfermeiro em unidades de oncologia deve ser especializada, qualificada e capaz de oferecer uma assistência adequada, baseada em evidências científicas e considerando as especificidades de cada paciente.

Neste trabalho, abordaremos a atuação do enfermeiro em unidades de oncologia, atuando com um novo modelo de assistência no sistema de saúde brasileiro denominado Cuidados Continuados Integrados (CCI), implantado no Brasil em 2012⁽⁹⁾, como projeto pioneiro de cuidado à saúde desenvolvido para atender doenças crônicas e suas complexidades através de atendimento global com intervenções sequenciais centradas na saúde e no apoio social, focadas na recuperação do indivíduo e na restauração da autonomia e do bem-estar. Nesse ínterim o enfermeiro ocupa o papel central no modelo assistencial para pacientes oncológicos, promovendo intervenções focadas no conforto e na qualidade de vida aos pacientes e sua rede de apoio social e familiar.

Objetivo

Identificar a atuação do enfermeiro no atendimento aos cuidados continuados integrados na oncologia a partir de produções bibliográficas relacionadas.

Método

Tipo de estudo

Para a execução da pesquisa, foi realizada a revisão integrativa da literatura baseada na metodologia descrita por Copelli, Edmann e Santos ⁽¹⁹⁾.

Procedimentos metodológicos

A elaboração deste estudo seguiu as seguintes etapas: formulação do problema e pergunta; justificativa; coleta de dados; análise e interpretação dos dados coletados; organização dos dados em duas categorias e discussão dos resultados e conclusões.

Coleta e organização dos dados

A coleta dos dados foi efetuada em março de 2020 em duas bases de dados: *Publisher Medline* (PUBMED) e *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e Literatura Latino-Americano e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), utilizando a combinação de dois ou três dos seguintes descritores em Ciências da Saúde (Decs) em língua portuguesa: Cuidados continuados, Oncologia e Enfermagem; e em inglês: “*integrated care*”, “*oncology*” e “*nursing*”.

Análise dos dados

A partir da coleta de dados, foram eleitos 327 estudos inicialmente submetidos à avaliação por meio de critérios de inclusão e exclusão. Os critérios de inclusão foram: Artigos publicados entre 2015 e 2020; em língua portuguesa e língua inglesa; com texto completo disponibilizado para consulta; que guardem relação com o tema “cuidados continuados em oncologia” e respondam ao tema. Os critérios de exclusão foram: outras publicações que não as citadas anteriormente; data de publicação fora do período compreendido entre 2015 e 2020; uso do texto de idiomas que não os selecionados (inglês ou português).

Obteve-se uma amostra de 47 estudos ao final da primeira etapa de avaliação dos artigos, dos quais 9 foram encontrados na LILACS, 20 na PUBMED, e 18 na SciELO. Na segunda etapa, foi efetivada a leitura completa dos 47 estudos para identificar os que respondiam satisfatoriamente à questão de pesquisa e/ou tinham pertinência com o objetivo do estudo. Deste processo obteve-se a amostra final de 15 artigos, sendo 3 LILACS, 6 na PUBMED, e 6 na SciELO.

A análise e a interpretação dos dados foram feitas de forma organizada pela visualização dos dados em tabela do Word®, que compreendeu as seguintes colunas de resumo: título do estudo, base de dados, periódico, ano de publicação, país de desenvolvimento do estudo e contexto/local de estudo.

Fluxograma

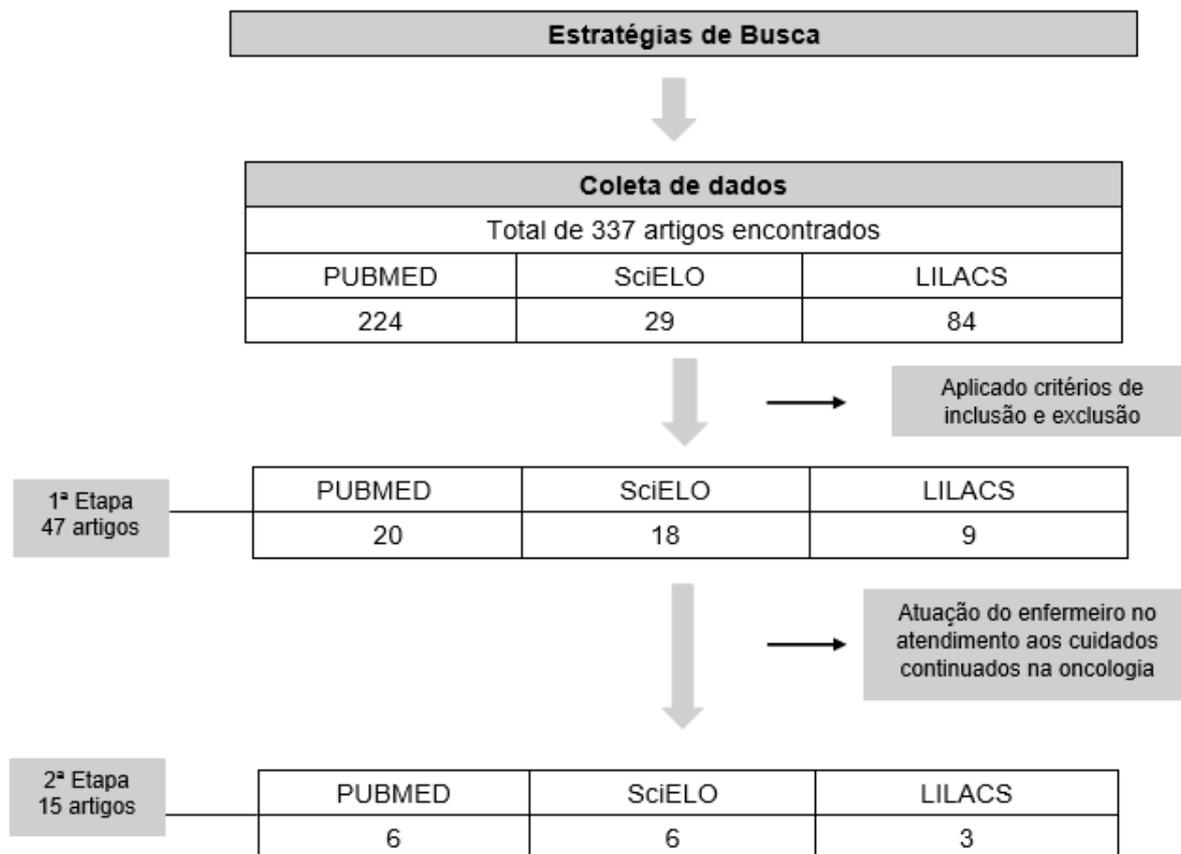


Figura 1 – Fluxograma coleta e análise de dados

Resultados

Os resultados apresentam as características dos quinze estudos incluídos nesta revisão (Quadro 1). Para otimizar a apresentação e discussão dos resultados, foram direcionadas temáticas que emergiram a partir dos estudos em duas categorias: atuação do enfermeiro em CCI; e formação e qualificação do enfermeiro para atuar em unidades de oncologia.

Quadro 1 – Características dos estudos selecionados

Título do artigo	Ano/Periódico	Origem	Abordagem	Contexto
O processo de trabalho da equipe de enfermagem em cuidados continuados integrados ⁽⁹⁾	2016 Revista de Enfermagem UFPE	Brasil	Qualitativo	Cuidado

Gestão do cuidado de enfermagem ao paciente oncológico num hospital geral: uma teoria fundamentada nos dados ⁽⁴⁾	2016 Revista de Enfermagem	Brasil	Qualitativo	Cuidado
O enfermeiro no processo reabilitação do idoso em cuidados continuados integrados ⁽¹¹⁾	2018 Investigação Qualitativa em Saúde	Brasil	Qualitativo	Cuidado
Integrating palliative care into the trajectory of cancer care ⁽¹²⁾	2015 Nat Rev Clin Oncol	Estados Unidos	Qualitativo	Cuidado
Effective Palliative Care: What Is Involved? ⁽¹³⁾	2018 Oncology (Williston Park)	Estados Unidos	Qualitativo	Cuidado
Gerência do cuidado de enfermagem ao homem com câncer ⁽¹⁴⁾	2015 J. res.: fundam. care	Brasil	Qualitativo	Cuidado
Assistência de enfermagem ao paciente oncológico hospitalizado: diagnósticos e intervenções relacionadas às necessidades psicossociais e psicoespirituais ⁽¹⁵⁾	2016 Rev. pesqui. cuid. fundam	Brasil	Qualitativo	Cuidado
Cuidados paliativos em oncologia pediátrica na percepção dos acadêmicos de enfermagem ⁽¹⁶⁾	2016 Esc. Anna Nery	Brasil	Qualitativo	Cuidado
Reflexões acerca dos Cuidados Paliativos no contexto da formação em enfermagem ⁽¹⁷⁾	2016 Rev. enferm. UFPE	Brasil	Qualitativo	Cuidado
O enfermeiro que atua em unidades hospitalares oncológicas: perfil e capacitação profissional ⁽¹⁸⁾	2015 Enfermaria Global	Brasil	Qualitativo	Cuidado
Política de saúde e de cuidados continuados integrados em Portugal. O planeamento da alta em Serviço Social ⁽²⁰⁾	2014 R. Katál., Florianópolis	Portugal	Qualitativo	Cuidado
A perspectiva do risco na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) em Portugal: uma reflexão de peritos e decisores em saúde ⁽²¹⁾	2015 Saúde Soc.	Portugal	Qualitativo	Cuidado
Satisfação e insatisfação no trabalho de profissionais de enfermagem na oncologia do Brasil e Portugal ⁽²²⁾	2015 Texto Contexto Enfermagem	Brasil	Qualitativo	Cuidado
Evidências científicas do cuidado de enfermagem e segurança do paciente em unidade de internação oncológica ⁽²³⁾	2016 Revista Cubana de Enfermaria	Brasil	Qualitativo	Cuidado

O impacto do estresse na assistência do enfermeiro ao paciente terminal – revisão literária ⁽²⁴⁾	2019 Rev. Inic. Cient.	Brasil	Qualitativo	Cuidado
---	------------------------	--------	-------------	---------

Fonte: Elaborado pela autora.

Discussão

Descrição dos estudos

A partir da análise dos artigos, a maioria dos estudos indicou que o enfermeiro possui um papel extremamente relevante em unidades oncológicas, essencialmente por sua prática envolver a promoção da qualidade de vida dos pacientes e familiares em cuidados continuados integrados. Outro aspecto observado é a deficiência na formação acadêmica do enfermeiro, implicando falta de preparo para a prática profissional com pacientes oncológicos.

A atuação do Enfermeiro em Cuidados Continuados Integrados (CCI) na oncologia

O crescente envelhecimento da população e conseqüentemente o aumento de doenças crônicas, progressivas e incuráveis representam grande desafio para os serviços de saúde, pois enfatizam a necessidade de cuidados mais humanizados e adequados às necessidades físicas, psicológicas, sociais, religiosas e espirituais do doente paliativo⁽¹⁾.

Cuidar é uma atitude complexa que envolve empatia, responsabilidade, receio e envolvimento emocional. É preciso que o enfermeiro esteja totalmente apto para esta tarefa, almejando a qualidade de vida e a integridade de seus pacientes ⁽³⁰⁾. Os cuidados paliativos focam na profundidade do sofrimento físico, emocional e espiritual, minimizam o impacto dos sintomas e otimizam a qualidade de vida dos indivíduos através do cuidado contínuo e da assistência multiprofissional ampla, que compreende o indivíduo de forma integral, incluindo aspectos biopsicossocial e espiritual ⁽¹⁰⁾.

Por ser uma nova modalidade assistencial de saúde, os Cuidados Continuados Integrados (CCI) são cuidados paliativos e ainda são percebidos como um desafio para os profissionais. Segundo o Decreto-Lei nº101/2006 ⁽⁸⁾, o CCI é caracterizado por ações e intervenções sucessivas de suporte social e apoio, construídas através de avaliações conjuntas e com o foco na restauração ampla, compreendida como processo terapêutico e de apoio social, que objetiva o desenvolvimento da autonomia e funcionalidade do indivíduo em condição de dependência, através de processos de reabilitação, acomodação e reinserção social e familiar.

Costa e Mourão (21) em pesquisa qualitativa realizada com um conjunto de interlocutores privilegiados, especialistas e decisores políticos da área da saúde, analisam o panorama de risco e incerteza da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) portuguesa, e concluem que existem duas dimensões interdependentes relacionadas, a primeira é a sustentabilidade financeira

e a segunda é a maneira como se alinham às necessidades de saúde da população. No Brasil foi implantado em 2012⁽⁹⁾, como projeto pioneiro de assistência à saúde, e iniciou a atuação nos estados do Piauí, Paraná, Mato Grosso do Sul (Campo Grande) e São Paulo (Franca).

Segundo Samudio *et al* ⁽⁹⁾, em pesquisa visando compreender como ocorre o trabalho da equipe de enfermeiros em CCI, enfatiza que mesmo provendo cuidados adaptados à proposta deste novo modelo, a lógica biomédica e tecnicista ainda permanecem como impasses na comunicação efetiva entre os profissionais e, como consequência, afetam diretamente a prática do cuidar na enfermagem.

Outro aspecto relevante é a integração entre a oncologia e os cuidados paliativos, tão bem ressaltada por Hui e Bruiera ⁽¹²⁾, afirmando que estamos diante da questão de quando e como esses cuidados devem ser oferecidos, discutir e adaptar os sistemas e as instituições de saúde com base em seus recursos e níveis de cuidados paliativos disponíveis. Swami e Case ⁽¹³⁾, asseguram que os cuidados paliativos são capazes de reduzir o sofrimento e o estresse entre os pacientes e familiares em qualquer estágio da doença, e podem ser especialmente benéficos para pacientes com histórico de recorrentes hospitalizações, múltiplas comorbidades e altos níveis de sofrimento psicossocial, emocional e espiritual. Pacientes em terapia paliativa costumam ter a qualidade de vida global melhor do que pacientes que estão apenas em grupos de cuidado paliativo ⁽²⁸⁾.

O enfermeiro é o profissional que estabelece uma relação interpessoal de ajuda no contexto ambulatorial, é o responsável por gerir o cuidado, estabelecer prioridades, e prover informações sobre o tratamento e os efeitos decorrentes da quimioterapia ⁽²⁶⁾. Em unidades oncológicas lida com a progressão de patologia crônica, impossibilidade de cura e terminalidade da vida. Essa práxis exige que o profissional tenha empatia e sensibilidade diante das complexas necessidades dos pacientes e seus familiares, pautado nos pilares da prática de cuidados paliativos.

O estudo de Peiter *et al* ⁽⁴⁾, acerca da gestão do cuidado de enfermagem aos pacientes com câncer enfatiza que a atuação efetiva do enfermeiro com pacientes oncológicos deve contemplar múltiplas ações, como o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e, principalmente, os cuidados paliativos. O autor contempla a necessidade de capacitação constante para qualificar a atuação do enfermeiro, além de suporte institucional por meio de investimentos educacionais. Gerir o cuidado de enfermagem é fundamental para obter um cuidado adequado e direcionado.

As políticas públicas de saúde no Brasil devem realizar a integralidade da atenção e atender as diversas realidades da população, assim o Sistema Único de Saúde (SUS) focará também em seu aspecto reabilitador com os CCI.

Através de estudo acerca do papel do enfermeiro em um processo de reabilitação em CCI, Santos *et al* ⁽¹¹⁾ verificou que a atuação do enfermeiro em reabilitação do idoso no CCI pode ser efetivamente executada. Em sua pesquisa, o hospital do estudo conseguiu desenvolver o autocuidado e a independência dos pacientes em atividades cotidianas, além de envolver os familiares e cuidadores na reabilitação.

Mesquita *et al* ⁽¹⁴⁾ corrobora com essa ideia e em pesquisa sobre as interações entre a perspectiva de gênero e a integralidade no cuidado de enfermagem para homens com câncer conclui que é fundamental que o novo

modelo assistencial seja pautado no compromisso com a integralidade, gerenciando a prática, cuidando, educando, e otimizando a qualidade da assistência.

Os pacientes esperam e contam com atenção do enfermeiro em sua totalidade e, nessa amplitude, os familiares ocupam papel central no processo de adoecimento do paciente oncológico, que necessita do suporte, comunicação efetiva e inclusão na terapêutica dos cuidados paliativos⁽¹⁷⁾. O enfermeiro deve ser capaz de avaliar e acompanhar o suporte social e familiar necessário para o cuidado do paciente⁽²⁷⁾.

Carvalho⁽²⁰⁾ ressalta que no contexto da rede de cuidados continuados, escutar com empatia os familiares, estar aberto às suas percepções e expectativas relacionadas ao estado de saúde e recuperação/manutenção dessa melhoria é fundamental. É imprescindível o estabelecimento de boa relação com a família, pois dela depende o adequado planejamento da alta do paciente.

A assistência oferecida por enfermeiros, pautada em cuidados paliativos, promove a vida e compreende a morte como um processo natural, sem influenciar o tempo e o momento de sua ocorrência, preferencialmente desde os estágios iniciais da doença até o luto. Ribeiro *et al*⁽¹⁵⁾, em sua pesquisa acerca da assistência de enfermagem ao paciente oncológico hospitalizado, descreveu as principais intervenções realizadas. Dentre elas estão a melhoria da autopercepção, o enfrentamento da doença, a socialização, o fortalecimento da autoestima, o apoio emocional, a escuta ativa, o apoio espiritual e a administração medicamentosa. Segundo o autor, em decorrência do impacto causado pelo diagnóstico e sintomas do câncer, é substancial que as necessidades psicossociais e psicoespirituais dos pacientes sejam atendidas. A gestão do cuidado de enfermagem qualifica a assistência provida ao paciente oncológico, individualiza o cuidado e melhora a qualidade de vida.

A formação e qualificação do enfermeiro para atuar em unidades de oncologia

Mesmo reconhecendo a complexidade do trabalho com pacientes oncológicos, no Brasil o COFEN (Conselho Federal de Enfermagem)⁽⁵⁾, no Decreto 94.406/87 de 2016 que regulamenta a Lei n. 7.498/86 sobre o exercício da enfermagem, proíbe a atuação de atendentes de enfermagem, porém, não exige que os profissionais tenham especialização na área, sendo o atendimento prestado por profissionais de nível técnico ou generalistas. No contexto da enfermagem, a qualidade do cuidado possui aspectos multidimensionais e subjetivos, ilustrados sob a ótica da atenção às necessidades do paciente, equidade do apoio, efetividade da prática, entre outros⁽²⁹⁾.

Conforme discutido, a prática da enfermagem na oncologia é complexa e exige que o enfermeiro possua a competência adequada para a atuação efetiva. Diante dessa questão, outro aspecto recorrente ressaltado nos estudos analisados é a fundamental necessidade de capacitação adequada para a prática assistencial e a necessidade de atualização constante em oncologia.

No que se refere ao ensino de oncologia durante o curso de Graduação em Enfermagem, o enfermeiro é formado como um profissional generalista, capaz de identificar e intervir em situações específicas de saúde e doença de forma

abrangente, o que implica em uma capacitação precária de fundamentos para a prática profissional direcionada ao atendimento das necessidades do paciente oncológico.

Em revisão integrativa de literatura sobre as Evidências científicas do cuidado de enfermagem e segurança do paciente em unidade de internação oncológica, Assis, Alves e Santos ⁽²³⁾, salientam a importância do profissional de enfermagem na apropriação de competências e habilidades técnicas essenciais para o cuidado na oncologia, pois na ausência delas é impossibilitado de transmitir segurança ao paciente e seus familiares durante o tratamento. A formação qualificada implica conhecimentos específicos.

Dados da literatura indicam que os enfermeiros estão despreparados para intervir em sintomas comuns apresentados por pacientes oncológicos. Guimarães *et al* ⁽¹⁶⁾ em pesquisa sobre a percepção de graduandos de enfermagem acerca dos cuidados paliativos em oncologia pediátrica, verificou que há escassez do ensino de oncologia nos cursos de graduação, acarretando formação deficitária. O autor ressalta que entre os estudantes ocorre um entendimento limitado da atuação do enfermeiro nos cuidados paliativos, compreendendo-os como uma assistência que visa prolongar a vida.

Em sua pesquisa sobre a satisfação e a insatisfação no trabalho de profissionais de enfermagem na oncologia do Brasil e em Portugal, Bordignon *et al* ⁽²²⁾ constatou que os enfermeiros ressaltam como pontos positivos o vínculo estabelecido com o paciente, essencialmente quando os cuidados paliativos estão envolvidos no trabalho, em especial, porque esse contexto permite a ressignificação do processo de morte e morrer que é ressaltado como ponto de insatisfação dos enfermeiros no trabalho. A ausência de uma unidade de cuidados paliativos gera insatisfação na prática e cuidado em oncologia.

Os cuidados paliativos vêm ganhando espaço em ambientes hospitalares e a demanda por profissionais capacitados é crescente. No entanto, ainda é escasso o quantitativo de profissionais especializados para lidar com esse contingente. Cruz *et al* ⁽¹⁷⁾, em sua reflexão sobre o lugar dos cuidados paliativos no contexto de formação do enfermeiro, afirma que os cursos de Graduação em Enfermagem no Brasil não incluem em suas grades curriculares disciplinas que abranjam essa temática e os profissionais ainda estão inseguros para tratar desse modelo assistencial. Este cenário resulta numa prestação de serviço deficitária e inadequada para atender corretamente as necessidades do paciente oncológico.

Esse aspecto é constatado no estudo de Costa, Silva e Silva ⁽²⁴⁾ sobre os fatores de estresse que influenciam a assistência do enfermeiro ao paciente terminal. O estudo afirma que para o cuidado digno ao paciente, é imprescindível o preparo de todos os profissionais envolvidos no processo e enfatiza que o despreparo do enfermeiro na graduação pode produzir resultados graves, desde prejuízos psicológicos ao enfermeiro, como o abandono da profissão. Ainda segundo os autores, isso ocorre pela ausência de experimentação do tema morte durante a formação, levando o profissional a presumir que o cuidado efetivo ocorre apenas quando há a cura do paciente.

É imperativo que o enfermeiro promova uma assistência alicerçada no acolhimento às necessidades do paciente, no respeito por sua individualidade e, o

mais importante, na postura humana no processo de adoecimento, uma vez que sua ausência motiva o abandono terapêutico, causa danos psicológicos e inviabiliza uma visão positiva do cuidado por parte do paciente ⁽²⁴⁾. O enfermeiro precisa estar devidamente capacitado para lidar com questões tão fundamentais e oferecer o suporte e a assistência adequados para os pacientes.

Conclusão

A presente pesquisa teve como objetivo, através de revisão bibliográfica integrativa, compreender a atuação do enfermeiro no atendimento em cuidados continuados integrados na oncologia. Adicionalmente, levantar as implicações da formação e capacitação do enfermeiro para a assistência desses pacientes.

Frequentemente o câncer é diagnosticado em estágios mais avançados e em muitos casos a doença evolui de modo que os tratamentos convencionais não são mais eficazes e a expectativa de vida é reduzida. Nesse cenário os pacientes podem optar pela integração de tratamentos de combate ao câncer como a quimioterapia e a radioterapia, com os cuidados paliativos.

Os cuidados paliativos são tratamentos delineados para reduzir o sofrimento, proporcionar conforto e elevar a qualidade de vida dos pacientes e seus cuidadores. São oferecidos por oncologistas, enfermeiros ou times especializados. Os cuidados paliativos envolvem a comunicação empática com o paciente acerca de seu prognóstico, o planejamento de tratamento, a avaliação dos sintomas e controle.

Dentro desse modelo assistencial o enfermeiro ocupa papel central, a enfermagem oncológica é interativa e integrativa. Ela envolve o paciente, a família e a equipe multiprofissional, além de emergir especificidades presentes apenas na relação do cuidado. Pesquisas asseguram que os cuidados paliativos são capazes de reduzir o sofrimento e o estresse entre os pacientes e familiares, em qualquer estágio da doença, e podem ser especialmente benéficos para pacientes com histórico de recorrentes hospitalizações, múltiplas comorbidades e altos níveis de sofrimento psicossocial, emocional e espiritual. ⁽¹³⁾

Na atuação do enfermeiro em unidades oncológicas são diversas as dificuldades que emergem, e este se vê diante de pacientes lidando com a progressão de uma patologia crônica, a impossibilidade de cura e terminalidade da vida. Essa práxis exige que o profissional apresente empatia e sensibilidade para com as complexas necessidades desses indivíduos e seus familiares, pautado nos pilares da prática de cuidados paliativos.

O estudo verifica que a atuação do enfermeiro com pacientes oncológicos em cuidados continuados deve contemplar múltiplas ações, como o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e, principalmente, os cuidados paliativos. O foco é desenvolver o autocuidado e a independência dos indivíduos em atividades cotidianas, além de envolver os familiares e cuidadores na reabilitação por meio de práticas educativas em saúde oferecidas pelos enfermeiros.

A partir do levantamento realizado identificamos também as principais intervenções realizadas pela enfermagem oncológica. Dentre elas estão a melhoria da autopercepção, o enfrentamento da doença, a socialização, o fortalecimento da autoestima, o apoio emocional, a escuta ativa, o apoio espiritual e a administração medicamentosa. Em decorrência do impacto causado pelo diagnóstico e sintomas

do câncer é imprescindível que as necessidades psicossociais e psicoespirituais dos pacientes sejam atendidas para melhorar a qualidade de vida e individualizar o cuidado.

Outro aspecto do estudo levantou as implicações da formação e qualificação do enfermeiro para a assistência desses pacientes, uma vez que esta é uma particularidade importante para os enfermeiros oncológicos, pois o atendimento de pacientes com câncer exige a habilidade de cuidados paliativos sofisticados em decorrência de sua complexidade.

Na área de assistência e cuidados ao doente oncológico, o aperfeiçoamento profissional, técnico e relacional do enfermeiro deve ser contínuo. No contexto da formação do enfermeiro, os cursos de graduação ainda tendem a segregar a temática dos cuidados paliativos nas grades curriculares⁽¹⁷⁾ ou quaisquer disciplinas que enfoquem essa temática, ocasionando prejuízo para a formação do profissional e prestação de serviço deficitária e inadequada ao atendimento das necessidades do paciente oncológico.

É imprescindível a formação adequada do enfermeiro para lidar com pacientes oncológicos em cuidados continuados integrados. E para prover ao acadêmico subsídios sobre os cuidados paliativos proporcionando ao profissional a possibilidade da prestação eficaz da assistência.

Referências

1. Marmelo HIB. Controle da dor em ambulatório no doente oncológico em cuidados paliativos. Lisboa. Dissertação [Mestrado em Enfermagem] - Escola superior de Enfermagem de Lisboa; 2012. [citado 2019 Out 22]. Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/15829/1/Relat%c3%b3rio%20Est%c3%a1gio%20Helena%20Marmelo.pdf>
2. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2014: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2020. [acesso em 10 jan. 2020] Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//estimativa-2020-incidencia-de-cancer-no-brasil.pdf>
3. Institute of Medicine. Delivering high-quality cancer care: charting a new course for a system in crisis; 2013. Disponível em: <https://www.nap.edu/read/18359/chapter/1>. Accessed August 31, 2019.
4. Peiter CC, Caminha MEP, Lanzoni GMM, Erdmann AL, Gestão do cuidado de enfermagem ao paciente oncológico num hospital geral: uma teoria fundamentada nos dados. Revista de Enfermagem Referência. Série IV - n.º 11 - out./nov./dez. pp-61-69. 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12707/RIV16044>
5. Brasil. COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. Decreto 94.406/87. Lei 7.498/1986. Dispõe sobre a o exercício profissional. (2016) Disponível em: http://www.cofen.gov.br/decreto-n-9440687_4173.html

6. Burlá C, Py, L. Cuidados Paliativos: ciência e proteção ao fim da vida. Caderno de saúde pública, v. 30, n. 6, p.1-3, 2014.
7. Academia Nacional de Cuidados Paliativos. Manual de cuidados paliativos. Rio de Janeiro: Diagraphic; 2009.
8. Ministério da Saúde (BR). REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho. O Mundo da saúde [Internet]. 2006 [acesso em 31 de março de 2020]; 37(1): 105- 118. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/artigos/mundo_saude/rede_nacional_cuidados_continuados_integrados.pdf.
9. Samudio AKM, Loureiro MDR, Ferreira Júnior MA. O processo de trabalho da equipe de enfermagem em Cuidados Continuados Integrados. J Nurs UFPE on line. 2016; 10(7), p.2453-2462.
10. Silva EP, Sudigursky D. Concepções sobre cuidados paliativos: revisão bibliográfica. Acta Paul Enferm 2008;21(3):504-8.
11. Santos SC, Pinheiro EA, Loureiro MDR, Pompílio MA, Sales APA. O enfermeiro no processo reabilitação do idoso em cuidados continuados integrados. Investigação Qualitativa em Saúde, Investigación Cualitativa en Salud, Volume 2, Atas, 2018.
12. Hui D, Bruera E. Integrating palliative care into the trajectory of cancer care. Nat Rev Clin Oncol. March; 13(3): 159–171, 2016. Disponível em:10.1038/nrclinonc.2015.2017
13. Swami M, Case AA. Effective Palliative Care: What Is Involved?. Oncology (Williston Park). 2018;32(4):180–184. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29684230/>
14. Mesquita MGR, Paes GO, Silva MM et al. Gerência do cuidado de enfermagem ao homem com câncer. J. res.: fundam. care. Online jul./set. 7(3):2949-2960 2949. 2015. Disponível em: 10.9789/2175-5361.2015.v7i3.2949-2960
15. Ribeiro, JP, Cardoso, LS; Pereira, CMS, Silva, BT, Bubolz, BK, Castro, CK. Assistência de enfermagem ao paciente oncológico hospitalizado: diagnósticos e intervenções relacionadas às necessidades psicossociais e psicoespirituais. Rev. pesqui. cuid. fundam; 8(4): 5136-5142, out.-dez. 2016.
16. Guimaraes T, Silva LF, Espírito FH, Moraes JRMM. Cuidados paliativos em oncologia pediátrica na percepção dos acadêmicos de enfermagem. Esc. Anna Nery [online]. vol.20, n.2, pp.261-267. ISSN 1414-8145. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20160035>.

17. Cruz RAO, Arruda AJCG, Agra G, Costa MML, Nobrega VKM. Reflexões acerca dos Cuidados Paliativos no contexto da formação em enfermagem. Rev. enferm UFPE online., Recife, 10(8):3101-7, ago., 2016. Disponível em: 10.5205/reuol.9534-83209-1-SM1008201638
18. Santos FCC, Camelo SHH, Laus AM, Leal LA. O enfermeiro que atua em unidades hospitalares oncológicas: perfil e capacitação profissional. Enfermaria Global, n.35, 313-324, 2015.
19. Copelli FHS, Erdmann AL, Santos JLG. Entrepreneurship in Nursing: an integrative literature review. Rev. Bras. Enferm [Internet]. 2019 [acesso em 26 de março de 2020] ;72(Suppl 1):289-98. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0523>.
20. Carvalho MLIB. Política de saúde e de cuidados continuados integrados em Portugal. O planeamento da alta em Serviço Social. R. Katál. [Internet]. 2014 [acesso em 31 de março de 2020]; 17(2): 261-271. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rk/v17n2/1414-4980-rk-17-02-0261.pdf>.
21. Costa JL, Mourão V. A perspectiva do risco na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) em Portugal: uma reflexão de peritos e decisores em saúde. Saúde Soc. [Internet]. 2015 [acesso em 31 de março de 2020]; 24(2): 501-514. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902015000200009>.
22. Bordignon M et al. Satisfação e insatisfação no trabalho de profissional. Texto Contexto Enferm [Internet]. 2014 [acesso em 31 de março de 2020]; 24(4):925-33. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-0707201500004650014>.
23. Sant'ana JLG, Maldonado UM, Gontijo LA. Dinâmica de geração e dissipação do estresse na equipe de enfermagem num centro de oncologia. Rev. Latino-Am [Internet]. 2019 [acesso em 31 de março de 2020];27:e3156. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2874.3156>.
24. Costa EKC, Silva SB, Silva JB. O impacto do estresse na assistência do enfermeiro ao paciente terminal – revisão literária. Rev. Inc. Cient. Ext. [Internet]. 2019 [acesso em 31 de março de 2020]; 2(1): 51-6. Disponível em: <https://revistasfasesa.senaaires.com.br/index.php/iniciacao-cientifica/article/view/142/97>.
25. Teobald, M. R. et al. Percepções do paciente oncológico sobre o cuidado. Physis. Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 1249-1269, 2016. [acesso em 31 de março de 2020]; Disponível em: <https://www.scielo.org/article/physis/2016.v26n4/1249-1269/>
26. Cirilo JD, Silva MM, Fuly PSC, Moreira MC. A gerência do cuidado de enfermagem à mulher com câncer de mama em quimioterapia paliativa. Texto

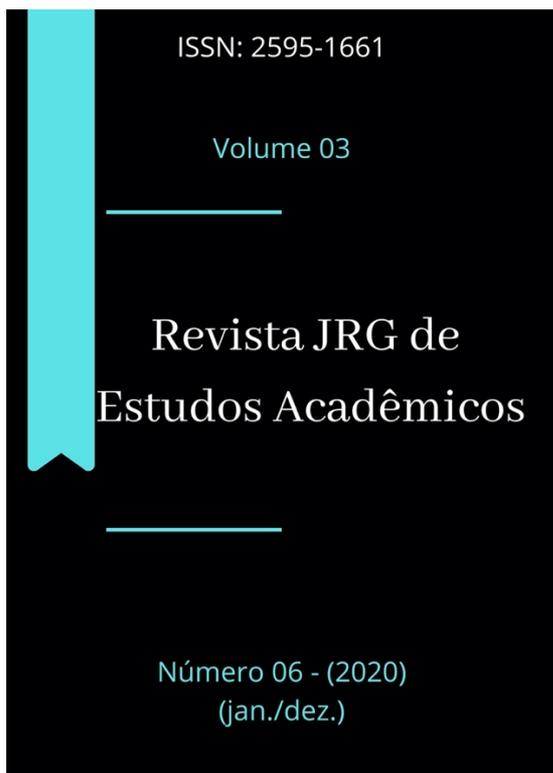
Contexto Enferm. 2016;25(3):1-9. [acesso em 03 de abril de 2020] DOI: 10.1590/0104-07072016004130015

27. Figueiredo JF, Souza VM, Coelho HV, Souza RS. Qualidade de vida de pacientes oncológicos em cuidados paliativos. Rev. Enferm do Centro-Oeste Min. 2018; 8:e2638. [acesso em 31 de março de 2020] DOI: 10.19175/recom.v8i0.2638

28. Silva, L. S., Lenhani, B. E., Tomim, D. H., Guimarães, P. R., & Kalinke, L. P. (2019). Quality of life of patients with advanced cancer in palliative therapy and in palliative care. Aquichan, 19(3), e1937. [acesso em 31 de março de 2020] doi: 10.5294/aqui.2019.19.3.7.

29. Oliveira JLC, Papa MAF, Wisniewski D, Inoue KC, Costa MAR, Matsuda LM. Qualidade do cuidado: concepções de graduandos de enfermagem. Rev Min Enferm. 2015; 19(1):29-35. [acesso em 05 de abril de 2020]. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/983>

30. Coelho MP, Menezes HF, Rosas AMTF, Rosa AF, Pinto ACS, Saraiva RJ. O ensino do cuidado nos cursos de graduação em enfermagem do Brasil: revisão integrativa. [acesso em 05 de abril de 2020]. Rev. enferm UFPE online. 2016;10(2):647-56.



Tramitação Editorial:

Data de submissão (recebimento):
01/01/2020.

Data de reformulação:
10/02/2020

Data de aceitação (expedição de carta de
aceite): 01/03/2020

Data de disponibilização no site
(publicação): 20/03/2020

DOI: <http://doi.org/10.5281/zenodo.3895197>

Publicado: 2020-06-10

DESEMPENHO DO MILHETO SUBMETIDO A LÂMINAS DE IRRIGAÇÃO

PERFORMANCE OF MILLET SUBMITTED TO IRRIGATION DEPTHS

Laylla Luanna de Mello Frasca¹
Iel Marciano de Moraes Filho²
Janaína Borges de Azevedo³

Resumo

A cultura do milheto (*Pennisetum glaucum* L.) apresenta ao potencial econômico devido a sua versatilidade de usos no cenário agrônomo, dentre alto potencial de cobertura do solo, rica nutrição na alimentação humana e animal e fonte para

¹ Doutorando em Agronomia - Produção Vegetal, pela Universidade Federal de Goiás. Graduada em Agronomia pela Universidade Estadual de Goiás Mestra em Agronomia - Produção Vegetal, pela Universidade Federal de Goiás. Currículo lattes: <http://lattes.cnpq.br/2123822588008391>. E-mail: layllafrasca@gmail.com. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-3572-1145>

² Possui graduação em Enfermagem pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás (2014). Especialização em Enfermagem do Trabalho pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás (2016). Mestre em Ciências Ambientais e saúde pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás (2017). Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-0798-3949> Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4540309486777873>. E-mail: ielfilho@yahoo.com.br.

³ Doutora em Ciências Agrárias - Agronomia - Instituto Federal Goiano - Campus Rio Verde com ênfase em recursos hídricos. Mestre em Engenharia Agrícola na área de Recursos Hídricos e Saneamento Ambiental, Universidade Estadual de Goiás - Câmpus Henrique Santillo. Especialista em Docência do Ensino Superior - Instituto Federal Goiano - Campus Avançado Ipameri. Graduada em Agronomia pela Universidade Estadual de Goiás - Câmpus Ipameri, com ênfase na conservação do meio ambiente. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5432325850094000>

biocombustíveis. Apesar da tolerância ao déficit hídrico sofre algumas variações no seu desenvolvimento e produtividade. Dessa forma, o trabalho tem como objetivo avaliar a resposta das cultivares ADR 300 e ADR 500 submetidas a diversas lâminas de irrigação. O experimento foi conduzido na casa de vegetação, na Universidade Estadual de Goiás no Campus de Ipameri – GO. O delineamento experimental utilizado foi em blocos inteiramente casualizados, em esquema fatorial. Os tratamentos foram constituídos: A – variedade do cultivar ADR 300 e B – variedade do cultivar ADR 500); E nas sub parcelas: 1- lâmina de irrigação 50%, 2- lâmina de irrigação 60%, 3 – lâmina de irrigação 70%, 4- lâmina de irrigação 80% e 5 – lâmina de irrigação 100%, delimitadas através da capacidade de campo de cada vaso. Avaliando as seguintes características: altura da planta (ALT), diâmetro do caule (DIA), área foliar (AFOL), número de folhas (NFOL), matéria seca (MS) e produtividade (PROD). Os dados foram submetidos à análise de variância, e quando o teste F foi significativo, ao teste Tukey, com $p < 0,05$, para a quantificação das variáveis isoladas, enquanto as interações utilizaram regressão $p < 0,05$, através do software SISVAR. O manejo de irrigação não demonstrou resultados significativos as variáveis isoladas, e a interação entre elas, caracterizando que a cultura nas condições de cultivo não seria necessária os incrementos de irrigação. Portanto, o uso de irrigação na cultura do milho não obteve significância.

Palavras chave: *Pennisetum glaucum L.*, produtividade, manejo de água.

Abstract

*The millet (*Pennisetum glaucum L.*) crop presents its economic potential due to its versatility of uses in the agronomic scenario, among high potential of soil cover, rich nutrition in food and feed and source for biofuels. Despite the tolerance to water deficit, it suffers some variations in its development and productivity. Thus, the objective of this work is to evaluate the response of ADR 300 and ADR 500 cultivars submitted to several irrigation depths. The experiment was carried out in a greenhouse at the State University of Goiás at Ipameri Campus - GO. The experimental design was a completely randomized block in factorial scheme. The treatments were: A - variety of cultivar ADR 300 and B - variety of cultivar ADR 500); And in the subplots: 1- irrigation depth 50%, 2- irrigation depth 60%, 3 - irrigation depth 70%, 4- irrigation depth 80% and 5 - irrigation depth 100%, delimited through the capacity of field of each vase.*

Evaluating the following characteristics: plant height (ALT), stem diameter (DIA), leaf area (AFOL), leaf number (NFOL), dry matter (MS) and yield (PROD). Data were subjected to analysis of variance, and when the F test was significant, the Tukey test, with $p < 0.05$, for the quantification of the isolated variables, while the interactions used regression $p < 0.05$, using the SISVAR software. . Irrigation management did not show significant results for the isolated variables, and the interaction between them, characterizing that the cultivation under the cultivation conditions would not be necessary the irrigation increments. Therefore, the use of irrigation in millet crop was not significant.

Keywords: *Pennisetum glaucum L., productivity, water management.*

Introdução

O milheto (*Pennisetum glaucum L.*) é uma gramínea proveniente do continente africano, que exibe alto potencial forrageiro devido a sua versatilidade de utilização para cobertura de solo em sistemas de plantio direto, proporciona altos valores nutritivos na alimentação humana e animal e exibe importância na produção de biomassa de biocombustíveis (MOREIRA et al., 2015). Adicionalmente, nos últimos anos, ocorreu o aumento da área plantada da cultura, principalmente nas regiões do Cerrado, pelo enorme potencial do uso como planta de cobertura do solo através do sistema de plantio direto (FILHO, 2016).

Entretanto, tais regiões possuem características climáticas de chuvas irregulares, elevadas taxas de evapotranspiração, e ausência de índices pluviométricos, acentuando-se déficit hídrico nos períodos de estiagem (ALMEIDA et al., 2017). Apesar do bom desenvolvimento da cultura em condições desfavoráveis de nutrientes e água, o milheto possui algumas limitações, sendo necessário a utilização de opções de manejo, tais como, irrigação (GORGEN, 2013).

As exigências hídricas ideais para a cultura é um mínimo de 30 mm de água para a germinação (EMBRAPA, 2012). Em condições de estresse hídrico, incluem diferenças na arquitetura da planta e anatomias foliares, coeficientes de reflexão, estágio de desenvolvimento, altura do dossel e profundidade do sistema radicular, interferindo diretamente no volume de solo almejado pelas raízes (LIMA et al., 2015). Além disso, ocorre o fechamento estomático, limitando a difusão do CO₂ do meio externo para o mesófilo da folha, ocasionando uma redução da pressão parcial da

folha, o que ocasiona o aumento de atividade oxigenase da Rubisco, e consequentemente estímulo de fotorrespiração (MOREIRA et al., 2015).

Resultados positivos devido ao uso de irrigação na cultura do milho têm sido verificados, tais como, aumento dos teores de clorofila (LIMA et al., 2015); proporciona maior crescimento vegetativo (ALMEIDA et al., 2017), bons rendimentos de produtividade com irrigação de água salina (MACEDO et al., 2017), entre outros. Devido a intensificação do cultivo da cultura no cenário agrônômico atual, é necessário estudo no intuito de intensificar o sistema produtivo. Contudo, apesar da caracterização na tolerância ao estresse hídrico, não demonstra total resistência à seca, apontando importância de estudos em relação aos incrementos de manejo hídrico contribuindo para um maior rendimento ao produtor. Portanto, o objetivo do trabalho é avaliar a resposta das cultivares ADR 300 e ADR 500 submetidas a diversas lâminas de irrigação.

MATERIAL E MÉTODOS

O experimento foi conduzido, em casa-de-vegetação, da Universidade Estadual de Goiás (UEG), Campus Ipameri, sediada em Ipameri com latitude de 17°43'07" Sul e longitude de 48°08'48". O clima do município é classificado como tropical semi-úmido, com temperatura média anual de 20 a 24°C, e 1300 a 1700 mm de precipitação pluvial, com chuvas no verão e seca no inverno. O solo da área é classificado como Latossolo Vermelho-Amarelo Distrófico (EMBRAPA, 2006).

O delineamento experimental foi inteiramente casualizado, em esquema fatorial 2x5. Os tratamentos são as combinações dos fatores compostos pelos cultivares A (ADR 300) e B (ADR 500) e os níveis das lâminas de irrigação (L1- lâmina de irrigação 50%, L2- lâmina de irrigação 60%, L3 – lâmina de irrigação 70%, L4- lâmina de irrigação 80% e L5 – lâmina de irrigação 100%). O experimento foi composto por 40 vasos distribuídos em cinco fileiras, a área útil foi determinada pela planta central.

Utilizou-se as cultivares ADR 300 caracterizada por ter um porte médio, um ciclo em torno de 92 dias e apresentando grãos de boa qualidade com uma produtividade de 2.300 kg ha⁻¹ e a ADR 500 definida como porte médio, ciclo em torno de 100 dias, chegando a uma produtividade 1500 kg ha⁻¹ (PEREIRA FILHO et al., 2003). O plantio foi realizado em dezembro de 2016, em que os vasos foram preenchidos com 18kg de solo, com pH corrigido adicionando 0,8 kg de calcário e 0,2

kg de gesso para o vaso. Foram semeadas cinco sementes por vaso, manualmente, e posteriormente a germinação foi feito o desbaste, deixando três plantas por vaso.

O manejo de plantas daninhas e fitossanitários foram realizados de acordo com a necessidade da cultura. Quanto ao manejo de água, as plantas permanecerem em déficit hídrico por três dias, e as lâminas baseadas em lisimetria de pesagem, colocado um volume de água conhecido. Dessa forma, as irrigações foram baseadas na determinação do peso de cada unidade experimental na capacidade de campo. Antes da semeadura, os vasos foram saturados com água e deixados em drenagem livre até atingirem a umidade na capacidade de campo.

No final da tarde desses três dias, as unidades experimentais foram pesadas em balança eletrônica, repondo a água necessária para cada tratamento, ou seja, na lâmina de 100 % da AD, foi reposta água até atingir o peso inicial (peso na capacidade de campo), para as demais lâminas de irrigação (50, 60, 70 e 85% AD) realizou-se uma regra de três simples para obtenção da quantidade de água a repor para atingir a quantidade necessária a planta. Contudo, foram determinadas as quantidades para 100% (4,5L); 85% (3,5); 70% (3,0L); 60% (2,5L) e 50% (2,0L).

Após aos 60 dias do plantio (florescimento da planta) foram realizadas as análises de altura da planta, determinada pela medição da base ao ápice da planta através de uma trena. A área foliar, obtida partir da medição do ponto de intersecção da lâmina foliar com o colmo até a extremidade de seu ápice. O diâmetro do caule utilizando um paquímetro digital, medindo dois cm de altura a partir da base do colmo. E número de folhas determinada pela contagem das folhas na cultura no estágio avaliado. Seguindo a metodologia proposta pela EMBRAPA (2003).

A colheita foi realizada em fevereiro de 2017, coletando a planta central e realizando a debulha dos grãos para determinação da produtividade em kg ha⁻¹. Para determinação da matéria seca foi coletada as outras plantas do vaso, ensacadas e levadas a estufa à 65°C até peso constante.

Os dados obtidos das variedades e lâminas isolados foram submetidos à análises de variância e quando significativo, submetido ao teste de Tukey a 5% de probabilidade. Enquanto a interação dos fatores determinadas através de regressão. Para realizar a análise estatística foi utilizado o Programa Estatístico Sisvar ®.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

De acordo com análise dos quadrados médios para as variáveis aferidas no experimento não houve nenhum efeito significativo para nenhum parâmetro avaliado entre as variedades (V), diversas lâminas de irrigação (L) e a interação entre elas (V x L), dessa forma não obtendo uma regressão para expressar os resultados obtidos (Tabela 1). Tais resultados, podem estar caracterizados pela tolerância que a cultura do milho estabelece em estresses hídricos, além do cultivo em ambiente protegido, que não proporciona interação de fatores ambientais externos e internos que interferiram nos resultados.

Tabela 1. Quadrado médio para as variáveis altura das plantas (ALT), diâmetro do caule (DC), área foliar (AF), matéria seca (MS) e produtividade (PROD). Ipameri-Goiás. 2019.

As características morfológicas e produtivas do milho não demonstrou diferenças significativas (Tabela 1). Tais resultados associados principalmente pela produtividade podem estar ligado ao excesso de água determinado para a cultura nas condições de campo, que proporcionou uma alta evapotranspiração diária na cultura, provavelmente determinou uma deficiência de oxigênio no solo, reduzindo a atividades metabólicas de absorção de nutrientes, reduzindo a produtividade. Corroborando com Barreto et al. (2001), que o manejo de irrigação em condições de estresse hídrico na cultura do milho com capim elefante promoveu redução das

	ALT (cm)	DC (cm)	AF (cm ²)	MS (g)	PROD (kg ha ⁻¹)
Variedade (V)	1,95 ^{ns}	0,01 ^{ns}	7,16 ^{ns}	2,03 ^{ns}	1,05 ^{ns}
Lâmina (L)	2,32 ^{ns}	0,02 ^{ns}	26,52 ^{ns}	962,27 ^{ns}	0,48 ^{ns}
V x L	1,99 ^{ns}	0,03 ^{ns}	7,8 ^{ns}	1020,21 ^{ns}	1,41 ^{ns}
CV (%)	4,6	3,32	14,06	38,58	46,45
Médias					
ADR 300	124	1,40	4,51	26,09	1300
ADR 500	113	1,42	4,41	28,65	1005
Lâminas					
50	113	1,40	4,15	24,19	978
60	117	1,42	4,61	30,87	995
70	123	1,42	4,61	45,34	1001
85	145	1,42	4,35	25,05	874
100	125	1,43	4,57	46,38	856

características morfológicas, associando os resultados ao estágio fenológico que a planta determina menores tolerâncias aos estresses hídricos.

Entretanto, Melo (2006) ao avaliar cultivares de sorgo e milho em condições de casa de vegetação, com lâminas de irrigação (0, 25, 50, 75 e 100% da capacidade de campo), observou que após o florescimento teve uma alta eficiência do uso da água das lâminas de 25, 50 e 75% para as duas culturas. Segundo o autor, tal eficiência ocasionou incrementos significativos na matéria seca da cultura com ganhos de 4,1 kg de MS na lâmina de 75 %, dessa forma afetou positivamente a produtividade.

Contudo, Torres et al. (2019) ao avaliaram a viabilidade econômica do cultivo de milho irrigado, determinou que a quantidade de água exigida pela cultura depende das diferentes condições geográficas das regiões, que isso estabelece o crescimento variável da cultura e o custo da irrigação que no caso teve um aumento de 13% no custo do sistema produtivo. Mesmo que no trabalho não se avaliou a viabilidade econômica da disposição de água para a cultura, os resultados não significativos nas características agrônomicas demonstram que a irrigação nas condições do desenvolvimento da planta não seria viável, principalmente por não proporcionar incrementos nas variáveis avaliadas.

CONCLUSÃO

A utilização de irrigação nas culturas ADR 300 e ADR 500 não proporcionou incrementos significativos nas características agrônomicas avaliadas no milho, dessa forma não se torna viável nessas condições de cultivo.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M. C. R.; LEITE, M. L. M.; SÁ JUNIOR, E. H.; CRUZ, M. G.; MOURA, G. A.; MOURA, E. A.; SÁ, G. A. S.; LUCENA, L. R. P. Crescimento vegetativo de cultivares de milho sob diferentes disponibilidades hídricas. **Revista Magistra**, Cruz das Almas, v. 29, n. 2, p.161-171, 2017.

BARRETO, G. P.; LIRA, M. A.; SANTOS, M. V. F.; DEUBEUX JUNIOR, J. C. B. Avaliação de Clones de Capim-Elefante (*Pennisetum purpureum Schum.*) e de um híbrido com o Milho (*Pennisetum glaucum* (L.) R. Br.) submetidos a estresse hídrico. Parâmetros morfológicos. **Revista Brasileira de Zootecnia**, v.30, n.1, p.1-6, 2001.

EMBRAPA – Empresa Brasileira de Pesquisa Agropecuária. **Manejo da cultura do milho**. 1 ed. Sete Lagoas. 70 f. 2003.

EMBRAPA – Empresa Brasileira de Pesquisa Agropecuária. Milheto ganha espaço ao promover sustentabilidade de sistemas produtivos. **Jornal Eletrônico da Embrapa Milho e Sorgo**, Sete Lagoas, v. 6, n.39, 2012.

FILHO, I. A. P. Cultivo do milheto. **Documentos Embrapa Milho e sorgo**, Sistema de produção, v.5, n.3, 2016.

GORGEN, A. V. **Produtividade e qualidade da forragem de milheto (*Pennisetum glaucum* (L.) r.br) e de trigo mourisco (*Fagopyrum esculentum*. moench) cultivado no cerrado**. 2013. 49 f. Monografia (Graduação em Medicina Veterinária) – Universidade de Brasília, Faculdade de Agronomia e Medicina Veterinária, 2013.

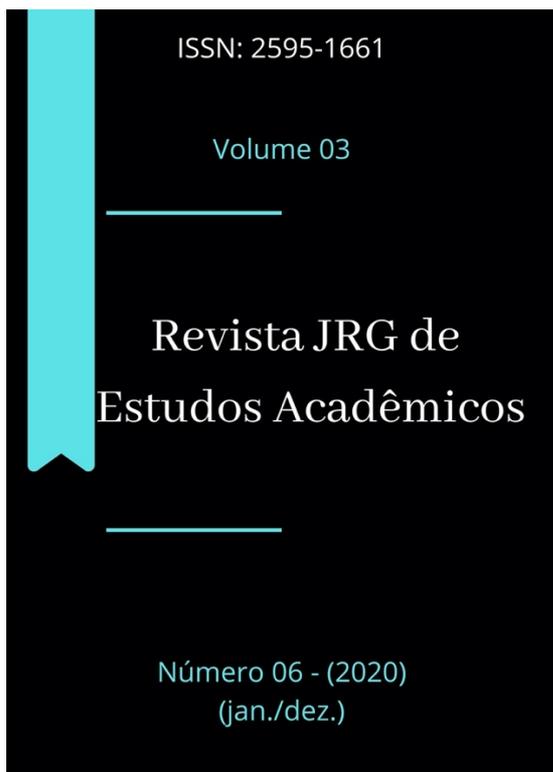
LIMA, J. E. F. W.; MONTENEGRO, S. M. G. L.; MONTENEGRO, A. A. A.; KOIDE, S. Produção, clorofila e eficiência do uso da água em milheto cultivado em solo de área degradada. **Revista Brasileira de Geografia Física**, v. 08, n. 4, p. 573-584, 2015.

MACEDO, A.; CAMPOS, F. S.; GOIS, G. C.; ARAÚJO, G. G. L.; REGINATTO NETO, A.; TABOSA, J. N.; DEON, D. S.; MAGALHÃES, A. L. R. Avaliação da emergência e crescimento inicial de plântulas de sementes de milheto. In: XII Congresso Nordestino de Produção Animal. **Anais...Congresso Nordestino de Produção Animal**, v.12, 2017.

MELO, D. A. **Avaliação de Sorgo (*Sorghum bicolor* (L.) Moench.) e milheto (*Pennisetum glaucum* (L.) R. Brown) sob diferentes níveis de água no solo**. 2006. Dissertação (Mestrado em Zootecnia), Centro de Saúde e Tecnologia Rural, Universidade Federal de Campina Grande, 2006.

MOREIRA, E. D. A.; FERNANDES, L. A.; COLEN, F.; CRUZ, L. R. Características agrônômicas e produtividade de milho e milheto para silagem adubados com biofertilizante suíno sob irrigação. **B. Indústria Animal**, Nova Odessa, v.72, n.3, p.185-192, 2015.

TORRES, R. R.; ROBAINA, A. D.; PEITER, M. X.; BEM, L. H. B.; MEZZOMOMO, W.; KIRCHNER, J. H.; PEREIRA, T. S.; BUSKE, T. C.; VIVAN, G. A.; GIRARDI, L. B. Economic of the irrigated production of forage millet. **Semina Ciências Agrárias**, v.40, n.2, p. 623-638, 2019.



Tramitação Editorial:

Data de submissão (recebimento):
01/01/2020.

Data de reformulação:

10/02/2020

Data de aceitação (expedição de carta
de aceite): 01/03/2020

Data de disponibilização no site
(publicação): 20/03/2020

DOI: <https://doi.org/10.5281/zenodo.3895206>

Publicado: 10-06-2020

ELIS: DA LINGUAGEM AO CÓDIGO

ELIS: FROM LANGUAGE TO CODE

*Mairy Aparecida Pereira Soares Ribeiro¹
Tulio Adriano Alves Gontijo²
Solange M. Barros³*

Resumo

O presente artigo tem como objetivo apresentar como a compreensão do sistema de escrita denominado Elis-Escrita da língua de sinais corrobora no processo de ensino aprendizagem da Libras. A metodologia utilizada foi a

¹ Doutoranda em Psicologia – UCB-Brasília; Mestre em Educação- PUC-Goiás; Especialista em Estudos Linguísticos e Literários-UFG; Especialista em Letramento Informacional- UFG; Graduada em Letras Português-UFG; Graduada em Letras-Libras-UFG; Professora das Licenciaturas do UNIGOIÁS; Estatutária da Secretária de Estado da Educação, Cultura e Esporte de Goiás. mairyribeiro@hotmail.com. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-5571-7154>

² Mestrando em Estudos de Linguagem da Universidade Federal de Mato Grosso. Graduado em Letras Libras também pela UFMT. Professor de ensino superior no Centro Universitário - UNIVAG. Tradutor intérprete de Libras / língua portuguesa / UFMT. tuliolibras@gmail.com. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-0100-5247>

³ Professora da Universidade Federal de Mato Grosso/ UFMT. Doutora em Linguística Aplicada pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC/SP. Pós-doutorado no Instituto de Educação (IOE) da Universidade de Londres. solmarbarros@gmail.com. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-1708-8657>

pesquisa qualitativa, especificamente, a pesquisa bibliográfica, pautando em autores como: Mariângela Barros, Noam Chomsky, Gilles Deleuze e Claire Parnet, Marcel Dettiene, Norbert Elias, Michel Foucault, Ronice Quadros entre outros, possibilitando a construção de um referencial teórico que articula a concepção de linguagem e escrita. Os resultados preliminares mostraram que o ensino da Elis para os alunos surdos permitirá que eles compreendam a estrutura da sua primeira língua – a Libras – bem como que façam estudo comparativo entre as regras da Escrita de Língua de Sinais e do Português, de forma progressiva, resultando em um processo de letramento, de maneira ampla, sistematizada e significativa tanto na sua língua como na L2, ou seja, na Língua portuguesa escrita.

Palavras-chave: Linguagem. Libras. Elis.

Abstract

The present article aims to present how the comprehension of the alphabetical writing system of the Brazilian Language of Signs-Libras, called Elis-Writing of sign language corroborates in the process of teaching language learning. The methodology used was qualitative research, specifically, the bibliographical research, guiding authors such as: Mariângela Barros (2008, 2013), Noam Chomsky (1972) Gilles Deleuze and Claire Parnet (1998) Marcel Dettiene (1992) Norbert Elias) Michel Foucault (1994) and Ronice Quadros, among others, have made it possible to construct a theoretical framework which articulates the conception of language and writing, making it possible to conclude that Elis's teaching for deaf students will allow them to understand the structure of their mother tongue – to Libras – as well as to make a comparative study between the rules of Sign Language and Portuguese Writing progressively, resulting in a broadly systematized and meaningful process of literacy both in their mother tongue to LIBRAS and in L2 , Or in the written Portuguese language.

Keywords: Language. Libras. Elis.

1. Introdução

O presente artigo tem a finalidade de apresentar a relevância da escrita no processo de ensino aprendizagem, sobretudo para o aluno surdo, no tocante à Escrita da Língua de Sinais (Elis). Este trabalho é resultante de pesquisas bibliográficas as quais possibilitaram reflexões sobre a escrita e, conseqüentemente, sua apropriação pelos sujeitos ao longo da história.

2. No princípio, a linguagem...

O estudo da linguagem, na verdade, começa no momento em que o homem começou a refletir sobre a língua, além de usá-la nas situações normais da vida. Para usar a terminologia da lógica, ela começou no dia em que ele

mencionou língua pela primeira vez, isto é, em que a usou para falar dela própria. Isso equivale dizer que começa quando o homem introduziu a função metalinguística no uso da língua, ou seja, a língua em função de linguagem objeto. Não obstante isso, costuma-se por o início com as reflexões dos gregos. Assim na abertura da sua obra *Política*, Aristóteles afirma que somente o homem é um “animal político”, isto é, social e cívico, porque somente ele é dotado de linguagem.

Neste sentido, seguindo esta ideia aristotélica, o homem possui a palavra (*logos*) e, com ela exprime seus pensamentos, exprime o bom e o mau, o justo e o injusto, trazendo à tona o caráter político da linguagem, embutido na própria organização da sociedade e do estado, em que, sendo um ser dotado de funções intelectivas, o homem faz coincidir as categorias do pensamento com as categorias da linguagem e, a partir desse encontro, diz a *ousia*, ou seja, representa linguisticamente a realidade ao seu redor, provendo a comunicação entre os homens, o que os teria levado à interação social e política, na direção da constituição dos grupos sociais, fundadores da sociedade e do estado.

A palavra, neste contexto, está ligada aos *mythos*, isto é a narrativas, que representavam para os gregos, não só o símbolo de sua unidade cultural enquanto povo, mas igualmente a expressão de sua religião, da sua visão do cosmos, as suas personagens eram verdadeiros modelos de comportamento que se seguia ou se evitava. Grande parte dos mitos foram primitivamente veiculados sob a forma de poemas, sendo, desta forma, mais facilmente memorizados, por isso a valorização da transmissão de conhecimento de geração para geração via oralidade, cujo único processo de conservação, é a memória pessoal, extremamente desenvolvida, tal como memória social, a tradição e o costume. Assim, essa civilização oral corresponde a uma cultura difusa, uma literatura anônima, em que as obras não assinadas pertencem a todos e a ninguém.

A epopéia, evidentemente, é uma província da memória grega, cujo império se estende desde as genealogia lineares até os apólogos

verborrágicos através dos provérbios, dos elogios aos vivos, das lendas, das homenagens aos mortos e das teogonias ou dos contos maravilhosos, mesmo em sua autonomia, confiadas a narradores especializados, treinados de acordo com processos mnemotécnicos num meio profissional, a narração épica não deixa de fazer referência a um fundo comum de narrativas e de histórias, e por mais erudito que se faça o discurso da epopéia ele permanece tributário dela, aproveitando, sabiamente, os elementos destinados a reforçar sua eficácia particular. No canto que abre *Ilíada*, por exemplo, afloram à superfície, aqui e ali, a luta contra os Centauros, a gesta de Briareu, o prazer dos deuses entre os irrepreensíveis etíopes e os infortúnios de Hefesto, expulso das alturas do Olimpo. Contingência da transmissão ou astúcia da recepção, o fato é que, de um gênero tão ativamente cultivado na tradição oral, e durante muitos séculos, só chegaram até nós duas produções, hoje em dia prazerosamente batizadas de obras'. Não obstante tanto uma como a outra narram apenas uma versão de uma história conhecida por todos. Pois a *Ilíada* é antes de tudo uma maneira de dizer a cólera de Aquiles, do mesmo modo que a *Odisséia* é uma forma, entre outras, de contar as idas e vindas de Ulisses. Mas por ter sido um dia fixada pela escrita e desde então ter se mantido imune ao devir da variação, a epopéia atribuída a Homero, transformada por uma elite em monumento literário, tornou-se um obstáculo a todo e qualquer reconhecimento prolongado do país da memória oral. (DETIENE, 1992, p.50-51)

Entre as primeiras coisas a serem fixadas pela escrita na Grécia, contam-se os poemas de Homero. Segundo uma antiga tradição foi o ateniense Pesístrato (605-527 a .C.), o que primeiro teria mandado colecionar todos os poemas dispersos de *Ilíada* e da *Odisseia*. A passagem desses poemas à escrita, não deixou de implicar decisivas mudanças face ao modo como passaram a ser julgados os seus personagens. A crítica da tradição tornou-se mais rigorosa, passou a distinguir-se a verdade da fantasia dos poetas.

Neste sentido, na Grécia a escrita foi olhada com desconfiança pelas velhas aristocracias, ligadas à tradição oral. A escrita não tinha raízes em solo grego, por isso podia ser vivida de modo distinto. A sua escrita foi adotada dos navegadores fenícios que introduziram na Grécia o primeiro alfabeto, o qual logo passou ao domínio público, e os poetas e filósofos não cessaram de melhorar a forma das letras existentes e acrescentaram outras num total de vinte e quatro, formando o alfabeto (palavra composta com os nomes das principais letras gregas alfa e beta, que por sua vez vêm dos símbolos da “cabeça de boi” (Aleph) que representava o som A, e o símbolo da “casa”(Beth) que representava o som B, do alfabeto fenício). Heródoto chamava as letras de *phoinikéia grammata*, ou seja, escrita fenícia.

Em todo caso, a adaptação não foi feita de uma só vez, mas por uma série de tentativas regionais. Assim, encontra-se desde o início, um grande número de alfabetos locais que são classificados, de acordo com o número de seus caracteres e segundo suas particularidades, em alfabetos arcaicos (Tera, Melos), orientais (Ásia Menor e Arquipélagos costeiro. Cíclades, Ática, Mégara, Corinto, Argos, colônias Jônicas da Sicília e da Itália Meridional) e ocidentais (Eubéia, Grécia continental, colônias não-jônicas). A unificação, no século IV, só foi ocorrendo aos poucos com o alfabeto oriental de Mileto, chamado de jônico, estabelecido como alfabeto típico depois que Atenas decidiu oficialmente, em 403, adotá-lo em lugar de sua escrita local. As primeiras inscrições geralmente são escritas da direita para esquerda, às vezes bustrofédon; mas por volta de 500 a orientação é invariavelmente da esquerda para direita. (HIGOUNET, 2003, p.88)

Assim, os gregos adaptaram o uso de vários sinais e também os caracteres minúsculos, a partir do século VII e IX, tudo disciplinado e organizado, introduzindo significativas modificações de modo que as mesmas cobrissem toda a gama de sons, através de sinais convencionados, mas não excessivos nem ambíguos. O resultado final foi uma escrita bastante simples, acessível a todos os membros da comunidade, possibilitando assim a sua rápida e eficaz utilização, pois eles (os gregos) respeitadores da ordem e do equilíbrio, deram qualidade arquitetônica à escrita. Um reforço retangular (cerifa), (300 a. C, a verdadeira transformação do sinal em letras propriamente ditas. É o apogeu da escrita grega) necessário ao bom alinhamento dos textos, aparece nas extremidades das letras. Devido ao trabalho cinzelador na pedra, tornou-se ela triangular, de aparência nobre, menos dura.

A grande novidade da escrita na Grécia consistiu no fato de ela não se revestir de um caráter sagrado, mas humano. A escrita é encarada como prática profana, em permanente conflito com os guardiões da tradição para os quais a escrita não é boa para a memória (*mnéme*), mas para a simples recordação (*hypómnesis*). Essa ideia está presente em uma cena de *Fedro*, onde vem ao palco a “verdadeira” cena da escrita. Trata-se do momento em que Thot submete à apreciação do Rei algumas de suas invenções. A última dentre elas, na ordem de apresentação, são os caracteres escritos (*grámmata*) que devem servir como remédio (*phármakon*) para a memória e para a instrução. O argumento do Rei para a rejeição desse presente vai ser o de que a escrita é boa não para a memória, mas para a simples recordação. Thamous reverte o sentido e o valor

da oferenda atribuídas por seu criador, transformando o ‘remédio’ em ‘veneno’ para a memória efetiva.

Seria, portanto, ingênuo acreditar que a escrita alfabética veio substituir uma tradição oral repentinamente enfraquecida. Assim imaginar que uma grafia capaz de notar sons isoláveis da língua por meio de vogais e consoantes teria desencadeado sem *sursis* o perecimento de uma cultura ‘tradicional’ que nunca precisara da escrita para se fazer ou se dizer, pois encontrava, na memória comum a toda comunidade, seus princípios de organização e suas modalidades de aprendizagem. (DETIENE, 1992,p.70)

Por conseguinte, percebe-se que com a escrita, não há uma ruptura com a tradição oral na esfera do poder, principalmente no sentido de poder político, pois nas cidades gregas, ele nunca se identificou com ela. A identificação ocorre na literatura, nos esportes⁴ e mais tarde, por volta do século IV, no comércio. Todavia, a escrita possibilitou o registro das leis; pois nas cidades-estado o abandono dos regimes monárquicos, em que o destino de cada um estava marcado pela sua maior ou menor proximidade aos deuses, pela pertença a uma família ilustre, ou pela fidelidade a um chefe, passou a ser determinado a partir de um princípio abstrato que é a lei-escrita. A lei impõe-se agora perante a tradição oral. Esta luta entre a lei escrita e a lei apoiada na tradição oral surge com toda clareza em obras como a *Antígona* de Sófocles

“Creonte (rei); - Mas tu (a Antígona) diz-me, sem rodeios: sabias que te era vedado, por édito, fazer o que fizeste?

Antígona: - Sim, sabia-o bem. Como poderia ignorá-lo, se toda a gente o sabe?Creonte: - E, apesar disso, atreveste-te a passar por cima da lei?

Antígona: - Não foi Zeus que ditou esse decreto; nem Dice (a justiça) companheira dos deuses subterrâneos, que estabeleceu tais leis para

⁴[...]a escrita foi usada, também, e muito cedo, para perpetuar a lembrança dos nomes ou para organizar as primeiras listas dos vencedores dos Jogos Olímpicos, a partir de 776 a. C., dos éforos da Esparta, a partir de 756. (Detienne, 1992, p.66)

os homens. E não creio que os teus decretos tenham tanto poder que permitam a alguém saltar por cima das leis, nãoescritas, mas imutáveis dos deuses; a sua vigência não é, nem de hoje nem de ontem, mas de sempre, e ninguém sabe como e quando aparecerem. Não iria atrair o castigo dos deuses, com receio das determinações dos mortais". (SÓFOCLES, 1997)

Ainda segundo Detiene

De fato, o gesto fundamental dos primeiros legisladores é introduzir leis por escrito, não para transformá-las em códigos confiados a profissionais, mas para colocá-las à vista de todos os cidadãos, no centro do espaço cívico. As leis, diz Sólon, eu as escrevo (gráphein) tanto para o bom como para o vil.[...] Dessa forma o pobre e o rico podiam, em princípio, gozar de uma justiça igualitária. (Idem, 1992, p.63)

Nas obras de Platão, ainda se manterá esta tensão entre a escrita e a tradição oral. Nas primeiras, procura por meio de vivos diálogos transportar para a escrita a linguagem oral, mas nas últimas, começam a surgir longos monólogos, pois as possibilidades oferecidas pela escrita para o desenvolvimento das ideias de uma forma sistemática, passam a impor-se na concepção destas obras, todavia, toda escrita supõe normas, principalmente estilísticas. Torna-se, então, necessário à clareza e sistematização na representação da linguagem oral através da escrita para que um saber elaborado se construa a seu respeito, possibilitando que ele torne visível regularidades não manifestas no imediatismo da fala.

3. A Elis, a escrita da Língua de sinais

A escrita é a representação gráfica da língua, seja ela língua oral-auditiva ou visual-espacial, assim torna-se relevante analisar a ELiS a qual se define estruturalmente como um sistema alfabético linear de escrita das línguas de sinais e consiste em um sistema que registra graficamente as unidades menores de uma língua. No tocante às línguas de sinais, é um sistema de escrita alfabético o qual se registra separadamente os elementos dos cinco parâmetros de formação dos sinais, a saber, configuração de mão, orientação da palma, ponto de articulação, movimento e expressões não-manuais.

Isto significa que, na ELiS, embora seja um sistema de escrita alfabético, não se usam as letras do alfabeto latino ou de qualquer outro alfabeto que

represente os sons das línguas orais. Usa-se sim, “letras” próprias para representar os elementos dos cinco parâmetros, que são elementos visuais e não sonoros.

Quadros (1997, p. 98) afirma “[...] os surdos não podem ouvir e não adquirem a língua falada ouvindo e falando de forma automática, os surdos a adquirem de forma silenciosa, graficamente, através de instruções sistemáticas”. Ahlgren (1992 apud QUADROS, 1997, p. 98) diz que “[...] entretanto, para as pessoas surdas não existe associação entre sons e sinais gráficos, a língua escrita é percebida visualmente”. Sendo assim, os sinais gráficos da língua portuguesa são símbolos abstratos para quem nunca ouviu os sons e entonações que elas representam.

Mediante a escrita das línguas de Sinais – ELiS, o sujeito Surdo pode se expressar na modalidade escrita em sua própria língua, utilizando assim, a estrutura de sua língua sendo de modalidade visual e não a de uma da língua oral. A partir do momento que o sujeito surdo ou ouvinte domina sua primeira língua (L1), será mais fácil o processo de aprendizado de uma segunda língua (L2). Há hipótese de que o aprendiz constrói a gramática de sua L2 a partir da gramática de sua L1, por isso propriedades que são semelhantes nas duas línguas deveriam ser trabalhadas desde os estágios iniciais em sua interlíngua, aponta Chan-Vianna (2006). Devido ao aprendizado da escrita de sua L1, tem-se uma facilidade em aprender outra escrita como L2, uma vez que o aprendiz já conhece o objetivo da escrita dentro da sociedade. Partindo destas afirmações, defende-se a ELiS, pois a escrita das línguas de sinais proporciona ao sujeito Surdo a possibilidade de utilizar em sua escrita sinais, gráficos que representam sua língua e não apenas símbolos aos quais não consegue atribuir valor.

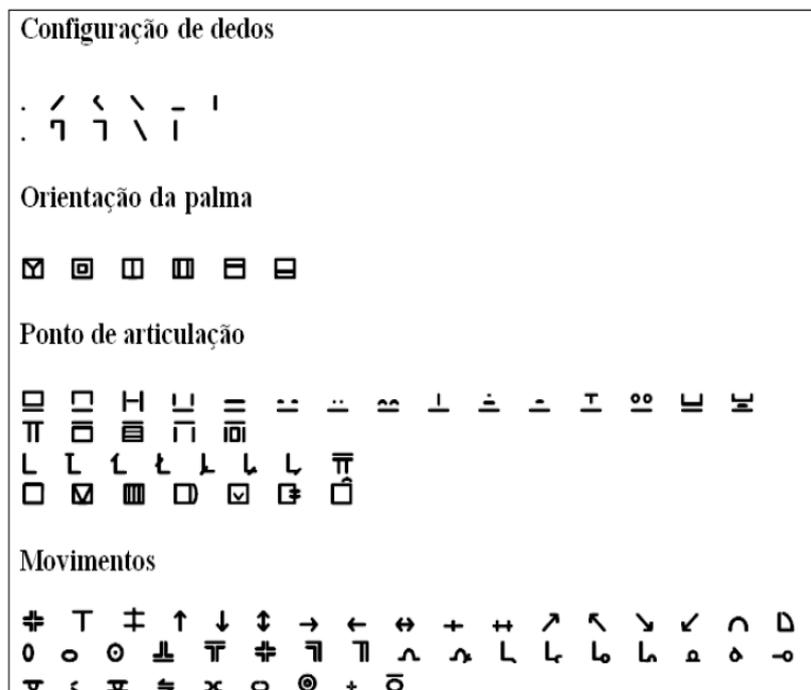
A estrutura da ELiS é de base alfabética e linear, organizada a partir dos parâmetros dos sinais propostos por Stokoe (1965). Quando falamos que a ELiS tem uma estrutura de base alfabética significa dizer que, os símbolos gráficos representam visemas das línguas de sinais. Dizer que é linear deve-se ao fato de os visogramas serem escritos, sequencialmente, um após o outro.

Cada grupo é composto por vários visemas, as representações gráficas destes são chamados de visogramas, e seu conjunto de visograma. Os termos

mencionados correspondem respectivamente ao conceito de fonemas, letras e alfabeto nas línguas orais. Stokoe (1965) cunhou o termo quirema (chereme), que é conhecido pelos pesquisadores de LS, mas causa polêmica por dois motivos: a raiz da palavra diz respeito apenas à “mão”, mas várias outras partes do corpo são envolvidas nas línguas de sinais: o conceito de quirema é equivalente ao de fonema e por isso não precisaria existir. Por conseguinte, mudou-se a raiz de quir- para vis-, pois todo o resultado da realização é visual. O fato de um representar unidades sonoras e outro representar unidades visuais da outra dimensão e precisão, podendo assim ser capaz de captar melhor a diferença semiótica de uma modalidade e outra.

Como qualquer outra língua, para se escrever em ELiS, é necessário conhecer a estrutura, as regras e os visogramas que compõem este sistema de escrita. A Elis é composta por 95 visogramas que representam graficamente os visemas gramaticais das LS, como podem ser vistos a seguir.

Figura 1: Alfabeto da Elis



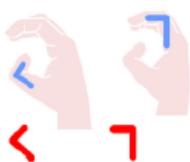
Fonte: Visograma ELiS, (Fernandes, p. 54, 2013)

Diante do exposto, cada visogramas representa um visema das línguas de sinais, como pode ser visualizado a seguir:

Ex. 1, Sábado:

eozaÜm

CD OP PA M

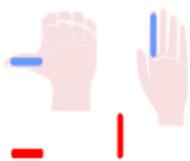


Fonte: Barros, 2013.

Ex: 2, Bonito:

tgçQÄ

CD OP PA M



Fonte: Barros, 2013.

A utilização da ELiS, no processo de ensino e aprendizado do sujeito surdo, mostra-se de suma importância, pois ele tem a possibilidade de reconhecer elementos fonéticos de sua língua. Por causa do uso da ELiS, o surdo deixa de tentar atribuir sons a sinais gráficos e passa a atribuir elementos visuais a símbolos gráficos de sua própria língua. Questões como esta são problemáticas que necessitam de pesquisas para melhor entender o processo

de ensino e aprendizado utilizando o sistema ELiS, sendo este um trabalho que possa inspirar pesquisas voltadas para esta questão.

Contudo, vale ressaltar, conforme Estelita

Todo alfabeto, seja de língua oral, como o alfabeto latino, ou de língua de sinais, como a ELiS, representa apenas imperfeitamente uma língua e é nesta imperfeição que reside sua força. Se os alfabetos representassem exatamente a realização de uma língua seriam inviáveis para uma escrita cotidiana pelo grande número de letras que teriam, pela falta de padronização das inúmeras possibilidades de pronúncia e pelo grau muito profundo de análise lingüística que uma pessoa qualquer teria que realizar ao escrever.(BARROS,2010)

Isso implica que a língua é viva, dinâmica e neste sentido, transforma-se pelo uso de seus usuários, portanto a sua representação é apenas o norteador de seu sistema linguístico, uma forma de cristalizar, mesmo que temporariamente a língua para que haja para que haja um código comum aos seus falantes.

Considerações finais

Aprender e ensinar a Língua, seja ela oral-auditiva ou visuoespacial, é potencialmente, desenvolver um trabalho de “linguagens” que leve o aluno a observar, perceber, inferir, descobrir, refletir sobre o mundo, interagir com seu semelhante, por meio do uso funcional da linguagem, e que esta reflita a posição histórico e cultural do aprendente, levando-o a perceber, consciente e inconscientemente, as marcas de sua ideologia, que estão subjacentes ao seu discurso, seja ele oral ou escrito.

Portanto, para os surdos escrever o Português significa apenas a representação gráfica de uma língua e a sua decodificação a identificação dessa representação de forma memorizada. Por isso, a relevância da Elis para os alunos surdos, porque permitirá que eles façam o estudo comparativo entre as regras da Escrita de Língua de Sinais e do Português de forma progressiva, resultando em um processo de letramento, de forma ampla, sistematizada e significativa tanto na sua L1 a Libras como na L2, ou seja, na Língua portuguesa escrita.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, Maria M. **Como preparar trabalhos para cursos de pós-graduação**. São Paulo. Editora Atlas, 1997.
- BARROS, M. E. **ELiS – escrita das línguas de sinais: proposta teórica e verificação prática**. 2008. 192 f. Tese (Doutorado em Linguística) – Centro de Comunicação e Expressão, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2008.
- _____. **A iconicidade dos visografemas** (manuscrito); Goiânia, 2013.
- _____. **A estrutura**. <https://cinararklibras.webnode.com.br/news/a-estrutura/>. Acesso em: 15 jun. 2020.
- CAMARA Jr., J. M. **Dicionário de linguística e gramática**. Petrópoles, Vozes, 1977.
- CHAUÍ, Marilena. **Convite à filosofia**. São Paulo, Ática, 1997.
- CHAN-VIANNA, A. C. **Português (L2) e Libras (L1): desenvolvimento de estruturas de posse na interlíngua**. In: THEORETICAL ISSUES IN SIGN LANGUAGE.
- CHOMSKY, Noam. **Linguística Cartesiana**. Petrópoles, Vozes, 1972.
- _____. 1977. **Linguagem e Pensamento**.. Trad. Francisco M. Guimarães. Petrópolis, Vozes.
- CUNHA, Celso. **Dicionário etimológico da língua portuguesa**. Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1986.
- DELEUZE, G. & PARNET, C. **Diálogos**. São Paulo, Escuta, 1998.
- DETIENNE, M. **A invenção da mitologia**. Trad. André Telles & Gilza Martins Saldanha da Gama. Brasília. Editora UNB & José Olimpo Editora, 1992.
- ESTELITA, M. **ELIS – ESCRITA DAS LÍNGUAS DE SINAIS: SUA APRENDIZAGEM**. Anais do IX Encontro do CELSUL Palhoça, SC, out. 2010 Universidade do Sul de Santa Catarina. Disponível em: http://www.celsul.org.br/Encontros/09_index.htm. Acesso em: 20 maio 2015.
- ELIAS, Norbert. **O processo civilizador**. Trad. RUY Jungmann. Rio de Janeiro. Jorge Zahar Editor, 1994.

FERNANDES, L.A. **A viabilidade da ELiS em vinte línguas de sinais**. 2013. (Trabalho de Conclusão de Curso) - Faculdade de Letras, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2013.

FOUCAULT, Michel. **As Palavras e as Coisas**. Trad. Salma TannusMuchail. São Paulo, Martins Fontes, 2002.

GERALDI, João W.(org.) **O texto na sala de aula**. São Paulo, Ática, 2001.

_____.1991. **Portos de passagens**. São Paulo, Martins Fontes, 1991.

GOURHAN-Leroi. **Le geste et la parole**. Paris, Albin Michel, 1964.

LYONS, John. **Linguagem e linguística**. Rio de Janeiro, LTC, 1981.– 2002

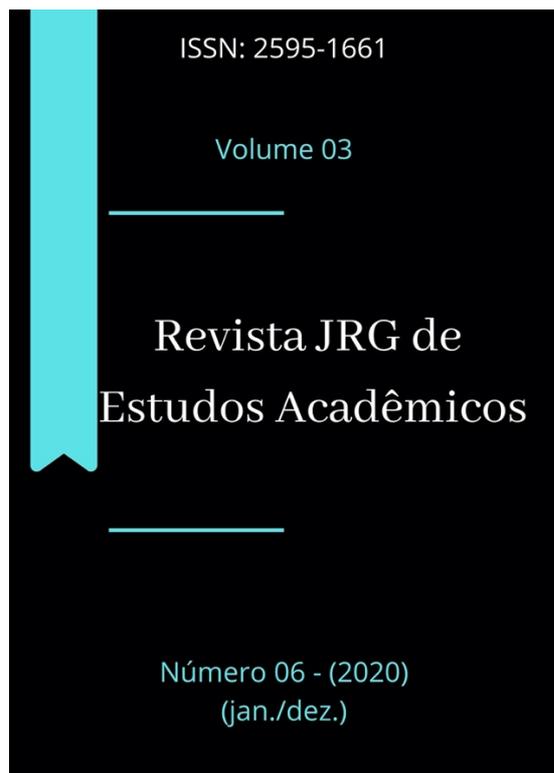
LIMA, Rocha. **Gramática Normativa da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro, José Olympio, 1976.

LUFT, Celso. **Língua e liberdade: por uma nova concepção da língua materna e seu ensino**. 12^a. Porto Alegre, L&PM, 1985.

PCNs. PARÂMETROS CURRICULARES NACIONAIS. Brasília: Ministério da Educação e Desporto (MEC), 1997.

QUADROS, Ronice Muller de. **Educação de surdos: a aquisição da linguagem**. Porto Alegre: Artmed, 1997.

STOKOE, W. **Sign and Culture: A Reader for Students of American Sign Language**. Listok Press, Silver Spring, MD.1965.



Tramitação Editorial:

Data de submissão (recebimento):
01/01/2020.

Data de reformulação:
10/02/2020

Data de aceitação (expedição de carta de
aceite): 01/03/2020

Data de disponibilização no site
(publicação): 20/03/2020

DOI: <http://doi.org/10.5281/zenodo.3891905>

Publicado: 2020-06-12

CÂNCER EM IDOSOS: REVISÃO NARRATIVA DAS DIFICULDADES NA ACEITAÇÃO DA DOENÇA E NO TRATAMENTO

*CANCER IN ELDERLY: NARRATIVE REVIEW OF DIFFICULTIES IN
ACCEPTANCE OF DISEASE AND TREATMENT*

*Lucas Bandeira Resende¹
Iel Marciano de Moraes Filho²*

Resumo

Objetivo: Descrever, com base na literatura, as dificuldades enfrentadas por idosos na aceitação do diagnóstico e no tratamento do câncer. **Método:** Trata-se de um estudo de revisão narrativa da literatura com abordagem qualitativa. O levantamento literário foi realizado nas bases: Biblioteca Virtual Em Saúde, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde, *Scientific Electronic Library Online* e a Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações. **Resultado e Discussão:** As percepções dos idosos a respeito do câncer é enxergada de maneira mais positiva. Muitos acreditam que as chances de vitória contra a patologia dependem da época em que o diagnóstico é encontrado, na qual pode estar relacionado a uma frequência maior de atendimento médico nessa faixa etária. **Conclusão:** Ao avaliar a aceitação

¹ Graduando em Enfermagem pela Universidade Paulista Unip

² Possui graduação em Enfermagem pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás (2014). Especialização em Enfermagem do Trabalho pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás (2016). Mestre em Ciências Ambientais e saúde pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás (2017). Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-0798-3949> Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4540309486777873>. E-mail: ielfilho@yahoo.com.br.

do idoso em relação ao diagnóstico de câncer, observamos que a doença produz importantes consequências na sua vida, principalmente, psicológicas, afetando diretamente o seu cotidiano. Durante o tratamento pode haver conflitos de sentimentos como tristeza, ansiedade e, sobretudo, o medo da morte.

Palavras-chave: Saúde do Idoso. Neoplasias. Percepção. Emoções. Perspectiva do Paciente.

Abstract

Objective: *To describe, based on the literature, the difficulties faced by the elderly in accepting the diagnosis and treating cancer. **Method:** This is a study of narrative literature review with a qualitative approach. The literary survey was carried out on the bases: Virtual Health Library, Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences, Scientific Electronic Library Online and the Brazilian Digital Library of Theses and Dissertations. **Result and Discussion:** The perceptions of the elderly regarding cancer is seen in a more positive way. Many believe that the chances of victory against the pathology depend on the time when the diagnosis is found, in which it may be related to a higher frequency of medical care in this age group. **Conclusion:** When assessing the acceptance of the elderly in relation to the diagnosis of cancer, we observed that the disease has important consequences on their lives, mainly psychological, directly affecting their daily lives. During treatment there may be conflicts of feelings such as sadness, anxiety and especially the fear of death.*

Keywords: *Health of the Elderly. Neoplasms. Perception. Emotions. Patient's Perspective.*

INTRODUÇÃO

Câncer é o nome que representa mais de uma centena de doenças que geralmente apresentam distúrbios do crescimento celular que invadem tecidos e órgãos. Essas células se dividem rapidamente e de modo usual são muito agressivas e incontroláveis, levando à formação de tumores e podem se espalhar para outras áreas do corpo. Logo, o comportamento anormal das células cancerosas é espelhado, em geral, por mutações genéticas, expressões de características oncológicas, ou secreção anormal de hormônios ou enzimas¹.

Conforme o câncer aumenta na população, se torna uma das causas de morte mais importantes no mundo². Segundo as estatísticas do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), é possível determinar a relação entre envelhecimento/idade adulta e aumento do risco de câncer e outras doenças. Os dados definem vários fatores de risco para o desenvolvimento do câncer: genético,

ambiental de acordo com a idade, a possibilidade e a incidência do câncer aumentar significativamente¹.

Para os idosos, o câncer é uma doença de extrema importante: entre as pessoas com mais de 65 anos, a prevalência de tumores malignos excede 50%, sendo considerada a principal causa de morte de idosos com idades entre 60 e 79 anos. De maneira global, estas lesões são consideradas problemas de saúde pública, visto que a cada 7 mortes, 1 é atribuída ao câncer, que é mais prejudicial que o HIV, tuberculose e malária combinados. A Organização Mundial da Saúde estipula que em 2020 poderá haver 15 milhões de casos novos em todo o mundo, enquanto no Brasil, estima-se 420.000 novos casos de câncer por dois anos consecutivos³.

Esse tipo de evento se torna relevante em idosos, porque com o aumento da idade, a ocorrência dessa doença se intensifica significativamente e fatores de risco para tipos específicos de câncer se acumularam nos últimos anos⁴. Podemos citar casos de exposição excessiva à luz solar e radiação ionizante; exposição a bebidas alcoólicas, poluição ambiental, tabaco, deficiências nutricionais e exposição a infecções são fatores de risco para várias doenças malignas. Tais lesões incluem os cânceres mais comuns, como câncer de pele, de pulmão, colorretal, próstata e de mama⁵.

Quando se fala de uma doença crônica grave, assim como câncer, a morte é um assunto presente a partir da confirmação do diagnóstico, seguindo o tratamento e progredindo até o pós-tratamento. Fatores comportamentais tais como o tabagismo, a ingestão de bebidas alcoólicas, infecções, radiação, exposição ocupacional a agentes cancerígenos e sedentarismo estão diretamente ligados a desenvolvimento de câncer. Além do acúmulo desses fatores de risco, sabemos que o sistema imunológico também será danificado com a idade e é menos eficaz no combate às células tumorais³.

Portanto, considerando o elevado risco para o desenvolvimento de cânceres entre as pessoas idosas, as chances de óbito, o impacto do diagnóstico e tratamento em sua saúde física e mental é importante saber quais dificuldades permeiam esse processo de saúde-doença. Com base nesse conhecimento, comportamentos relacionados à saúde podem ser previstos, possibilitando o desdobramento de novas estratégias de educação em saúde e intervenção nesse processo vivenciado por

pessoas idosas⁶. Dessa forma, o objetivo desse trabalho é descrever, com base na literatura, as dificuldades enfrentadas por idosos na aceitação do diagnóstico e no tratamento do câncer.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo de revisão narrativa da literatura com abordagem qualitativa. O levantamento literário foi realizado através da combinação dos seguintes em descritores Ciências da Saúde: “Idoso”, “Saúde do Idoso”, “Neoplasias”, “Percepção”, “Emoções”, e “Perspectiva do Paciente”. Os estudos obtidos por meio das bases: Biblioteca Virtual Em Saúde (BVS); Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO) e a Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD).

Foram selecionados artigos publicados entre os anos de 2008 a 2019 em português, e que tenham relação com o tema proposto. Foram excluídos materiais publicados antes de 2008, que não tratavam do tema ou que não estivessem em língua portuguesa.

Após a seleção dos documentos que atendiam os critérios de inclusão e exclusão estabelecidos, foram analisados seis estudos considerados pertinentes para a presente pesquisa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O Quadro 1, representa o quadro sinóptico dessa revisão, é possível observar informações referentes a seis artigos que foram utilizados no processo de discussão do presente estudo, sendo eles categorizados por: autor, ano, título, método, conclusão e revista.

Com relação ao título dos artigos seis (100%) são de abordagem qualitativa, observa-se que quatro (66%) se tratava de estudos exploratórios descritivos sendo duas (33,3%) teses de doutorado, duas (33,3%) dissertações de mestrado e dois (33,3%) artigos, todos contemplavam a temática da revisão e permeavam os

descritores selecionadas. Quanto aos objetivos indicados pelos autores, três (50%) dos estudos demonstram claramente a percepção do câncer vista pelo idosos.

Entre o recorte temporal dos anos 2008 a 2018, o pique de publicação em relação ao tema foi em 2016 com duas (33%) publicações e os menores anos foram de 2008 e 2011 ambos com uma publicação (33,3%). Foi demonstrando maior interesse pela temática em 2016 e se manteve estável no restante dos anos.

Quadro 1 – Distribuição dos artigos de acordo com os autores, ano de publicação, título, método, conclusão e revista.

Autor	Ano	Título	Método	Conclusão	Revista
Isaac F. Braz; Raquel A.D. Gomes; Mariele S. de Azevedo.	2018.	Análise da percepção do câncer por idosos: Revisão integrativa.	Pesquisa qualitativa, estudo de caso.	Indivíduos com histórico positivo de câncer apresentaram maiores chances de acreditar que poucas pessoas sobrevivem à doença.	Revista Einstein (São Paulo).
Giovana Kreuz.	2016.	Autonomia decisória do idoso com câncer. Percepção do idoso, da família e da equipe de saúde.	Pesquisa de campo qualitativa foi delineada pelo método de estudo de casos múltiplos.	Conclui-se acerca do envelhecimento, da velhice e do velho como modelos de transformação.	Tese de doutorado ao programa Psicologia Clínica da PUC - SP.
João Evangelista da Costa.	2016.	Percepção e impacto da dor na vida de idosos com doença oncológica.	Pesquisa qualitativa, fundamentada na história oral de vida.	Dor acarretou sentimento de tristeza e isolamento, modificando a vida dos idosos e familiares.	Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste.
Levi Ramos Baracho; Jordano da Silva Lourenço; Kay Francis Leal Vieira.	2015.	A percepção de jovens e idosos acerca do câncer.	Pesquisa descritiva, com delineamento de levantamento, de natureza qualitativa.	Demonstraram divergências nas percepções sobre o câncer entre as gerações.	Anais de congresso - IV Congresso Internacional De Envelhecimento Humano – UNIPÊ.

Lucimara Sonaglio Rocha; Margrid Beuter; Eliane Tatsch Neves; Marines Tambara Leite; Célia Maria Brondani; Nara Marilene Oliveira Girardon Perlim.	2011	O cuidado de si de idosos que convivem com câncer em tratamento ambulatorial.	Pesquisa de campo qualitativa, descritiva e exploratória compreende o problema a partir de seu cenário, sem uma estrutura ou controle.	Possibilitou conhecer como os idosos que convivem com o câncer em tratamento ambulatorial têm desenvolvido o cuidado de si, apesar de todas as adversidades.	Revista Texto Contexto (Florianópolis).
Isis Marques Severo.	2008.	Alterações no modo de viver de idosos com câncer.	Pesquisa qualitativa, estudo de caso. Identificar as alterações no modo de viver dos idosos com câncer.	Identificados alterações no cotidiano, no suporte ao serviço de saúde e alguns mitos tabus sobre o câncer.	Dissertação de Mestrado apresentada aos Processos Teóricos e Tecnológicos do Processo de Cuidar - UFRGS.

Fonte: Autores, 2020.

Para melhor apresentação dos resultados, eles foram divididos em duas categorias temáticas: Dificuldade na aceitação da patologia pelos idosos e Dificuldades no tratamento enfrentadas por idosos.

Dificuldade na aceitação da patologia pelos idosos

Uma vez que o diagnóstico de câncer é revelado aos idosos, um estado de negação se instala em sua mente. Geralmente, a negação está mais relacionada à fase que o diagnóstico é evidenciado. Por algum tempo, é comum perceber que os pacientes não querem/não podem acreditar no que estão passando. Como o idoso não pode manter uma atitude internamente aceita, na maioria dos casos esse diagnóstico é acompanhado por depressão⁷.

Como não conseguem negar a doença por muito tempo, têm que admitir o câncer, o que pode abaixar a autoestima no início ou durante o tratamento. Após a notícia do diagnóstico, o idoso também sentirá a sensação e a experiência de perda durante o tratamento, além de alguns sintomas e danos ao corpo, eles também trazem um sentimento incerteza para o futuro, provocando, muitas vezes, a ansiedade⁷.

O diagnóstico pode ser um período extremamente difícil para alguns idosos, diversos deles não conseguem se adaptar às mudanças físicas, psicológicas e sociais que ocorrem nesta etapa da vida. Uma das maiores dificuldades que se pode enfrentar nessa fase é a perda e o declínio do corpo, acompanhados por um sentimento de rejeição e uma profunda reflexão sobre a própria vida e morte⁸.

As pessoas relacionam um tumor maligno com doença fatal, via de regra, encaram o diagnóstico de câncer como uma condenação inevitável, pelo fato de o câncer ser uma das principais causas de morte entre as doenças crônicas em idosos, mesmo com o avanço crescente dos tratamentos e medicamentos⁹.

Assim, vemos que o recebimento do diagnóstico de câncer é considerado como um dos piores momentos, pois é quando se deparam com um turbilhão de sentimentos que provocam um forte impacto emocional, acompanhado frequentemente do sentimento de negação junto de tristeza e apreensão do que significa perceber-se uma portadora de câncer. A frente dessa difícil situação e da aceitação das doenças, idosos, familiares e colegas tendem a elaborar estratégias para se adaptar as novas realidades. Portanto, a aceitação desta enfermidade pelos idosos e suas famílias é um desafio que precisa ser superado, devem fazer o uso de meios que os ajudem a superar essa fase, almejando diminuir a dor e os sentimentos relacionados ao adoecimento¹⁰.

Dificuldades no tratamento enfrentadas por idosos

Por volta do século XX, com tratamentos mais eficazes, as expectativas em relação à prevenção e cura do câncer começaram a mudar. Antes, era uma doença pouco conhecida em termos médicos e sociais, fazendo parte de um grande rol de enfermidades e mazelas que conduziam ao sofrimento e à morte¹¹.

Dessa maneira, uma maior compreensão da doença e algumas esperanças de tratamento também ampliaram a compreensão do agravo e da limitação da capacidade da medicina de controlar a patologia, fato que causou temor no mundo por ligar o câncer como um martírio moderno, um fardo de morte¹¹.

Em uma pesquisa com 300 idosos, 174 (58%) eram mulheres. Do público alvo, 194 (64,6%) tinham entre 60 e 69 anos, 89 (29,7%) tinham entre 70 e 79 anos e apenas 17 (5,7%) tinham entre 80 e 89 anos. Entre todos os participantes, 29 (9,7%) tinham histórico positivo de câncer, por conseguinte, os tipos mais comuns foram: oito casos de câncer de mama (2,7%), sete de câncer de próstata (2,3%) e três de câncer de pele com melanoma (1%). Na abordagem a respeito da percepção do câncer, foram respondidas dez perguntas e foram recebidas 2.723 respostas, das quais 1.124

foram considerados aspectos da morte (41,3%) e 1.599 (58,7%) mostram as vantagens da visão positiva⁶.

Em relação à idade, em comparação com a faixa etária de 60 a 69 anos, os idosos acima de 80 anos são mais propícios de acreditar que o exame regular pode identificar o câncer em um estágio inicial⁶. No entanto, outro fator a considerar é a imagem corporal distorcida após o diagnóstico através do tratamento¹².

Nota-se que os pacientes com câncer são forçados a lidar com modificações da imagem corporal durante a patologia, devido aos efeitos colaterais da quimioterapia ou radioterapia, que ocasiona perda dos cabelos. Ademais, a caquexia e as alterações cutâneas, complicações do câncer e seu tratamento que ameaçam a imagem corporal e autoestima e dos pacientes¹³.

Os idosos acreditam que a descoberta de novos tratamentos aumenta muito as chances de cura, embora possam causar muito estresse físico e mental, como a quimioterapia. Alguns pacientes entendem que a cura depende de quando a doença é descoberta e outros também acreditam que métodos dos quais não funcionam hoje podem vir a funcionar no futuro¹².

Em relação ao histórico de câncer, em comparação com aqueles sem histórico pessoal positivo, os idosos que afirmam ter recebido um diagnóstico de câncer são estatisticamente mais propensos a acreditar que poucas pessoas podem ter câncer⁶. Com relação ao tratamento, demonstram preocupação em manter uma boa imagem corporal e expressam a necessidade de monitorar continuamente sua saúde para prevenção, em razão de que a cura depende tanto da prevenção quanto do tratamento¹³.

Diante disso, a doença oncológica apresenta grande incidência entre os idosos. Observa-se uma ocorrência 11 vezes maior nesse grupo, que responde por mais de 60% dos diagnósticos de câncer, doença que representa 70% da mortalidade em indivíduos acima de 65 anos, sendo está uma população heterogênea em relação a vários aspectos, o que gera dúvidas quanto às decisões oncológicas¹⁴.

Percebe-se que o câncer acarreta um prejuízo na vida social desses indivíduos, sendo expresso pelo desconforto de ter o lazer afetado e muitas dificuldades para manter atividades habituais, como trabalhar, caminhar, entre outras práticas. Ainda

sobre esse aspecto, emerge uma restrição na vida social da família, pois o cotidiano passa por uma série de alterações, além de sentimentos como medo (da morte) e ansiedade como adoecimento. Assim, os efeitos da hospitalização transcendem a doença e acabam alterando o cotidiano e a estrutura familiar¹⁵.

A confirmação do diagnóstico é outra dificuldade presente. Um dos problemas, que leva ao diagnóstico tardio do câncer, é a dificuldade de distinguir entre as mudanças do processo de envelhecimento e as condições crônicas preexistentes, somada à falta de conhecimento sobre os sinais e sintomas relacionados a essa doença¹⁶.

Além disso, a dificuldade em procurar serviços de saúde se deve a premissas, como falta de recursos financeiros e/ou acompanhantes, a dificuldade de em serviços de espera e agendar exames. Ainda nesse viés, as mudanças sazonais acabam dificultando a viagem dos pacientes idosos¹⁷.

Logo, verifica-se que a dificuldade no tratamento começa pela demora da confirmação do diagnóstico ao idoso e se dá, muitas vezes, pelos aspectos sociais e econômicos. Devido a idade avançada, a maioria desses pacientes não consegue esperar grandes horas para ser atendido e tentam encontrar formas para resolver esses desconfortos com alternativas informais, como o uso medicamentos caseiros, a busca de crenças em curandeiros ou permanecem a maior parte do tempo em repouso¹⁶.

Embora os efeitos colaterais causados pelo tratamento serem agressivos, vemos que os indivíduos mais experientes encontram meios de superar as dificuldades e não desistem fácil da vida. A rede pública de saúde está cada vez mais interessada na detecção precoce do câncer em idosos, sendo muitas das investigações iniciadas na rede básica e a partir daí, encaminhadas aos serviços especializados¹⁸.

Devido ao crescente número de casos de câncer entre idosos registrados, mais recursos públicos são alocados para o diagnóstico e tratamento de oncologia, exames de alta complexidade e tratamento de quimioterapia. Esses investimentos iniciais têm implicações financeiras, no entanto, a médio e longo prazo, podem ser traduzidos em benefícios socioeconômicos que permitem reduzir o custo do tratamento do câncer posteriormente e reembolsar as despesas de invalidez¹⁹. Portanto, é essencial que,

no combate ao câncer, os idosos obtenham apoio físico e psicológico para eliminar as dúvidas, tabus e medos enfrentados durante essa fase²⁰.

CONCLUSÃO

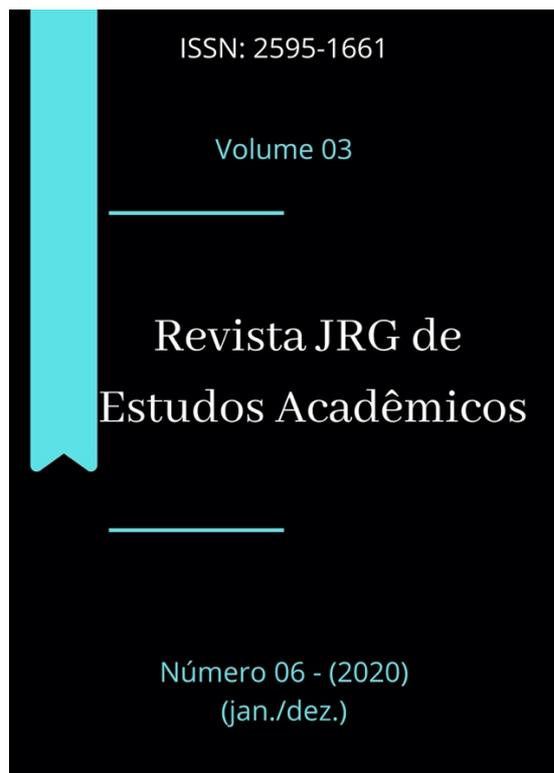
Diversas dificuldades permeiam o diagnóstico de câncer, especialmente em idosos. Muitos acreditam que as chances de vitória contra a patologia dependem da época em que o diagnóstico é encontrado, na qual pode estar relacionado a uma frequência maior de atendimento médico nessa faixa etária. Já aqueles com histórico de câncer recém diagnosticados, possuem uma percepção negativa em relação a patologia e ao tratamento, o que pode estar ligado à falta acompanhamento médico, informações e tabus colocados pela sociedade.

Ao avaliar a aceitação do idoso em relação ao diagnóstico de câncer, observamos que a doença produz importantes consequências na sua vida, em especial as psicológicas, afetando diretamente o seu cotidiano. Durante o tratamento pode haver conflitos de sentimentos como tristeza, ansiedade e principalmente, o medo da morte. Entretanto, é notável a força de vontade de viver que muitos desenvolvem no decorrer da doença, não se entregando e lutando para superar essa etapa.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR), Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). ABC do Câncer. Abordagens básicas para o controle do Câncer. Rio de Janeiro: INCA; 2018.
2. Geovanini FCM. Notícias que (des)enganam: o impacto da revelação do diagnóstico e as implicações éticas na comunicação de más notícias para pacientes oncológicos [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/FIOCRUZ; 2011.
3. Ministério da Saúde (BR), Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2015 [citado 15 may 2020]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2016/estimativa-2016-v11.pdf>
4. Danaei G, Hoorn SV, Lopez AD, Murray CJL, Ezzati M, Comparative Risk Assessment collaborating group (Cancers). Causes of cancer in the world: comparative risk assessment of nine behavioural and environmental risk factors. Lancet. 2005;366(9499):1784-93.
5. Miranda TC, Kaliks RA, Jacob Filho W, Giglio AD. Breast cancer in elderly women – perspective of geriatricians. Einstein. 2008;6(1):90-2.

6. Braz IFL, Gomes RAD, Azevedo MS, Alves FCM, Seabra DS, Lima FP, et al. Análise da percepção do câncer por idosos. *Einstein*. 2018;16(2):1-7.
7. Severo IM. Alterações do modo de viver de idosos com câncer [dissertação]. Porto Alegre: Escola de Enfermagem/UFRGS; 2008.
8. Teixeira MH. Aspectos psicológicos da velhice. In: Saldanha AL, Caldas CP, editores. *Saúde do Idoso: a arte de cuidar*. Rio de Janeiro: Interciência; 2004. p. 312-15.
9. Costa JE, Simpson CA, Mendonça AEO, Isoldi DMR, Silva RSC, Silva NRC. Percepção e impacto da dor na vida de idosos com doença oncológica. *Rev Rene*. 2016; 17(2): 217-24.
10. Salci MA, Marcon SS. Enfrentamento do câncer em família. *Texto Contexto-Enferm*. 2011; 20(spe):178-186.
11. Teixeira LA, Fonseca CO. De doença desconhecida a problema de saúde pública: o INCA e o controle do Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; 2007.
12. Rocha LS, Beuter M, Neves ET, Leite MT, Brondani CM, Perlini NMOG. O cuidado de si de idosos que convivem com câncer em tratamento ambulatorial. *Rev Text Context-Enferm*. 2014; 23(1):29-37.
13. Baracho LR, Lourenço JS, Vieira KFL. A percepção de jovens e idosos acerca do câncer. *Anais CIEH*. 2015;2(1):1-5.
14. Karnakis T. Oncogeriatrics: uma revisão da avaliação geriátrica ampla nos pacientes com câncer. *RBM*. 2011;68(5 esp):8-12.
15. Costa MCC, Teixeira LA. As campanhas educativas contra o câncer. *Hist Cienc Saude-Manguinhos*. 2010;17(suppl 1):223-41.
16. Santos, M. O idoso na comunidade: atuação da enfermagem. In: Papaléo Neto, M. *Tratado de Gerontologia*. 2 ed. São Paulo: Atheneu; 2007. p. 403-413.
17. Rotoli A. Trajetórias terapêuticas e redes sociais de pacientes portadores de câncer: assimetrias no atendimento em um município da região Noroeste do Rio Grande do Sul [dissertação]. Porto Alegre: Escola de Enfermagem/UFRGS; 2007.
18. Anjos ACY, Zago MMF. A experiência da terapêutica quimioterápica oncológica na visão do paciente. *Rev Latino-Am Enferm*. 2006;14(1):33-40.
19. Bonassa EMA, Santana TR. Conceitos gerais em quimioterapia antineoplásica. In: _____. *Enfermagem em Terapêutica Oncológica*. São Paulo: Atheneu; 2005. p. 3-19
20. Kreuz G. Autonomia decisória do idoso com câncer: percepção do idoso, família e da equipe de saúde [tese]. São Paulo: Faculdade de Ciências Humanas e da Saúde/PUCSP; 2017.



Tramitação Editorial:

Data de submissão (recebimento):
01/01/2020.

Data de reformulação:
10/02/2020

Data de aceitação (expedição de carta de
aceite): 01/03/2020

Data de disponibilização no site
(publicação): 20/03/2020

DOI: <http://doi.org/10.5281/zenodo.3891915>

Publicado: 2020-06-12

MOVIMENTO ANTIVACINA: REVISÃO NARRATIVA DA LITERATURA SOBRE FATORES DE ADESÃO E NÃO ADESÃO À VACINAÇÃO

ANTI-VACCINE MOVEMENT: NARRATIVE REVIEW OF THE LITERATURE ON
ADHERENCE AND NON-ADHERENCE TO VACCINATION FACTORS

Flavia da Trindade Passos¹
Iel Marciano de Moraes Filho²

Resumo

Introdução: Atualmente, mais do que a desinformação, a presença de informações falsas nas mídias sociais tem levado a um novo movimento antivacina. **Objetivo:** Descrever, de acordo com a literatura, quais fatores contribuem para adesão *versus* a não adesão às vacinas. **Método:** Trata-se de um estudo de revisão narrativa da literatura com abordagem qualitativa. Foram utilizados estudos obtidos através das bases Biblioteca Virtual Em Saúde, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde, *Scientific Electronic Library Online* e a Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações. **Resultados e discussão:** O total de 15 artigos foram analisados. A falta de informações tem contribuído para a reemergência de doenças infecciosas em diversos países no mundo e põe em risco planos globais para a

¹ Graduando em Enfermagem Pela Universidade Paulista UNIP

² Possui graduação em Enfermagem pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás (2014). Especialização em Enfermagem do Trabalho pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás (2016). Mestre em Ciências Ambientais e saúde pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás (2017). Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-0798-3949> Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4540309486777873>. E-mail: ielfilho@yahoo.com.br.

erradicação de doenças infecciosas. É preciso ter equipes de saúde devidamente capacitadas nos serviços de atenção primário à saúde, para uma abordagem segura e rica em informações técnicas, capazes de levantar questionamentos em comportamentos antivacinais. **Conclusão:** O engajamento dos profissionais da saúde em conjunto ao Ministério da Saúde é de grande relevância para a solidez e adesão de toda comunidade em todas as faixas etárias as Campanhas de Vacinação.

Palavras-chave: Vacinas; Recusa de Vacinação; Movimento contra Vacinação; Doenças Preveníveis por Vacina.

Abstract

Introduction: *Currently, more than misinformation, the presence of false information on social media has led to a new anti-vaccination movement. **Objective:** to describe, according to the literature, which factors contribute to adherence versus non-adherence as vaccines. **Method:** this is a study of narrative literature review with a qualitative approach. Studies used through the Virtual Health Library, Latin American and Caribbean Health Sciences, Online Scientific Electronic Library and a Brazilian Digital Library of Theses and Dissertations were used. **Results and discussion:** a total of 15 articles were analyzed. The lack of information has contributed to the reemergence of infectious diseases in several countries around the world and puts global plans for the eradication of infectious diseases at risk. It is necessary to have health teams duly trained in primary health care services, for a safe approach and rich in technical information, capable of raising questions in anti-vaccine applications. **Conclusion:** the engagement of Health Professionals in conjunction with the Ministry of Health and great relevance for the solidity and adhesion of the whole community in all age groups as Vaccination Campaigns.*

Keywords: *Vaccines; Refusal of Vaccination; Movement against Vaccination; Vaccine Preventable Diseases.*

INTRODUÇÃO

As polêmicas em torno das Campanhas Vacinais e sua eficácia são antigas. Já nos anos de 1900, houve manifesto popular que ficou conhecido como “Revolta da Vacina”, em que a população, sem informações dos benéficos da imunização, manifestou-se contra a vacinação compulsória. Então, as brigadas sanitárias adentravam as casas e vacinavam as pessoas sem o consentimento delas. Mesmo com a oposição dos meios de comunicação da época e da manifestação popular, Oswaldo Cruz foi o responsável pela medida radical e obrigatória e acabou por ocupar uma posição política que lhe possibilitou trabalhar na estruturação da Saúde Pública do Brasil. Oswaldo Cruz então assumiu a Diretoria Geral de Saúde Pública, cargo que na época equivalia ao de ministro da Saúde, e torna a cidade do Rio de Janeiro um grande laboratório de combate a doenças infectocontagiosas¹.

Em 11 de novembro de 1904, explodiu o motim popular cujo caos e as depredações tomaram conta da cidade do Rio de Janeiro por uma semana. Pelotões do governo disparavam contra a multidão na tentativa de controlar a situação. O movimento “Revolta da Vacina” deixou um saldo negativo de 23 mortos, 67 feridos, além de 945 pessoas presas, transferidas para o estado do Acre e submetidas a trabalhos forçados. O movimento se justificou não só pela obrigatoriedade da vacinação, mas também pela falta de informação sobre os efeitos que a vacina causaria¹.

Nos dias atuais, mais do que a desinformação, as informações falsas nas mídias sociais induzem a um novo movimento antivacinal. Associada à falta de informação, as fakes news disseminadas pelas influentes mídias digitais contribuem com a queda nas taxas de cobertura vacinal. E, o efeito da não vacinação, sem dúvida, gera um grande impacto epidemiológico provocando o ressurgimento de doenças já erradicadas no Brasil, como o sarampo, poliomielite, difteria e rubéola que voltam a ameaçar a saúde pública brasileira. Os profissionais da saúde devem assumir o papel de divulgar informações verídicas como os benefícios da vacinação, com embasamento científico sobre o tema, com compromisso ético e profissional junto à sociedade².

No Brasil podemos citar algumas doenças erradicadas e controladas com a adesão às vacinas: varíola (1973), poliomielite (1989), sarampo (2016) e a redução da difteria, coqueluche, tétano neonatal e acidental. Com o crescimento do movimento antivacina, houve um surto em 2018 de sarampo, assim como a poliomielite corre grande perigo de reintrodução em pelo menos 312 cidades brasileiras³.

A decisão de não vacinar de longe pode ser encarada como uma negligência de cuidados, pois, para os pais que decidem não vacinar, a percepção de cuidado é diferente dos adeptos à vacinação. Para o entendimento da recusa vacinal, é preciso fazer uma abordagem mais ampla, ir além da normatização biomédica e promover um diálogo mais amplo⁴.

Os profissionais da saúde podem e devem se engajar com o Ministério da Saúde incentivando a vacinação. O enfermeiro que é responsável pela sala de vacinação, deve desenvolver uma visão, não apenas na administração do imunobiológico, como também planejar, desenvolver e executar ações que visam

solucionar dificuldades para uma boa adesão à vacina, demonstrando os possíveis efeitos adversos e fortalecer a eficácia da vacinação e a sua importância para a qualidade da saúde³.

Dessa forma, o objetivo desse estudo foi descrever, de acordo com a literatura, quais fatores contribuem para adesão *versus* a não adesão às vacinas.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo de revisão narrativa da literatura com abordagem qualitativa. Foram utilizados estudos obtidos através das seguintes bases: Biblioteca Virtual Em Saúde (BVS); Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO) Foram combinados como descritores as expressões seguintes: “Vacinas”, “Recusa de Vacinação”, “Movimento contra Vacinação”, “Doenças Preveníveis por Vacina”.

Foram selecionados textos publicados até 2020, em português e que versassem sobre o tema proposto. Foram excluídos materiais publicados antes de 1984, que não apresentaram ligação com o tema ou que não estivessem em língua portuguesa. Após a seleção dos documentos que atendiam os critérios de inclusão e exclusão estabelecidos, foram selecionados seis estudos considerados pertinentes para a presente pesquisa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O Quadro 1 apresenta o quadro sinóptico dessa revisão referentes aos 15 artigos, sendo eles categorizados por: autor, ano, título, método, conclusão e revista.

Com relação ao título dos artigos, 15 (100%) contemplavam a temática da revisão e permeavam os descritores selecionados. Quanto aos objetivos indicados pelos autores, 10 (66,6%) dos estudos abordam a importância de adesão às campanhas vacinais e os perigos a não adesão à imunização. Relativo à abordagem observa-se que 11 (77,3%) se tratava de pesquisa de campo qualitativa, um único artigo (6,7%) abrange pesquisa de campo quantitativa e 3 (20%) estudos de revisão.

Em relação aos anos de publicações, os maiores anos de publicação relacionados ao tema são 2011 e 2012, com um total de 4 (26,7%) publicações, enquanto as menores publicações em 1984, 1999 e 2004 tiveram uma única

publicação (20%). No geral, a tabela mostra que há um maior interesse à temática em 2011 e 2012. Após 2004, havia 12 (80%) publicações sobre o assunto.

Quadro 1 – Distribuição dos artigos de acordo com os autores, ano de publicação, título, método, conclusão e revista.

Autor	Ano	Título	Método	Conclusão	Revista
Silvia Lúcia Ferreira.	1984	Crenças das mães em relação à vacinação.	Pesquisa de Campo Qualitativa.	Identificar a importância das variáveis do modelo de crenças em saúde no comportamento das mães que iniciam a vacinação básica dos filhos.	Revista Brasileira de Entomologia.
Antônio Augusto Moura da Silva; Uilho Antônio Gomes; Sueli Rosina Tonial; Raimundo Antonio da Silva.	1999	Cobertura vacinal e fatores de risco associados à não-vacinação em localidade urbana do nordeste brasileiro, 1994.	Pesquisa de Campo Qualitativa.	A identificação da cobertura vacinal e dos fatores responsáveis pelo retardo ou falta de imunizações para a adequada monitorização dos programas de vacinação; Identificar e vacinar crianças não imunizadas adequadamente.	Revista de Saúde Pública.
Zélia Maria de Sousa; Araújo Santos; Vera Lúcia Montenegro Albuquerque; Francisco Hadson Sidor Sampaio.	2004	Vacinação – o que o usuário sabe?	Pesquisa de Campo Quantitativo.	A identificação do conhecimento do usuário sobre vacinação.	Revista Brasileira em Promoção da Saúde.

Pâmera Cristal Fontes Santos; Anna Klara Bohland; Antonio Carvalho Paixão.	2009	Oportunidades perdidas de vacinação em hospital de referência pediátrica, em Aracaju (SE), BR.	Pesquisa de Campo Qualitativa.	Descrever a situação vacinal em crianças de até 12 anos, atendidas em um hospital público de referência estadual de Aracaju (Sergipe) segundo características epidemiológicas, bem como determinar as principais causas e a taxa de oportunidade perdidas de vacinação (OPV).	Revista de APS - Atenção Primária à Saúde.
Priscila Maria Stolses Bergamo Francisco; Marilisa Berti de Azevedo Barros; Maria Rita Donalísio Cordeiro.	2011	Vacinação contra influenza em idosos: prevalência, fatores associados e motivos da não-adesão em campinas, São Paulo, Brasil.	Pesquisa de Campo Qualitativa.	Avaliar a prevalência de vacinação contra influenza em idosos, identificar os fatores associados e motivos da não-adesão à imunização.	Cadernos de Saúde Pública.
Leiliane Bezerra Santos; Cristina Costa Melquíades Barreto; Francisca Lívia Sepúlveda Silva; Kamila Cristiane de Oliveira Silva.	2011	Percepção das mães quanto à importância da imunização infantil.	Pesquisa de Campo Qualitativa.	A percepção das mães sobre a importância da imunização.	Revista RENE, Fortaleza.
Ludmila Mourão Xavier Gomes; Kátia Ribeiro Antunes; Thiago Luís Andrade Barbosa; Carla Silvana Oliveira Silva.	2012	Motivos que levaram os idosos a não se vacinarem contra a influenza sazonal.	Pesquisa de Campo Qualitativa.	Compreender os motivos que levaram os idosos a não se vacinarem contra a Influenza sazonal.	Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online.
Catrine de Jesus Sousa; Zaira de Lima Vigo; Cátia Suely Palmeira.	2012	Compreensão dos pais acerca da importância da vacinação infantil.	Pesquisa de Campo Qualitativa.	A compreensão pelos pais/responsáveis da importância da vacinação infantil é fundamental para a adesão ao esquema vacinal completo.	Revista Enfermagem Contemporânea.
Bárbara Fernanda Barroso Pereira; Magda Aparecida Santos Martins; Thiago Luis de Andrade Barbosa; Carla Silvana Oliveira e Silva; Ludmila Mourão Xavier Gomes.	2013	Motivos que levaram as gestantes a não se vacinarem contra H1N1.	Pesquisa de Campo Qualitativa.	Compreender os motivos que levaram as gestantes a não se vacinarem contra a Influenza A.	Ciência & Saúde Coletiva.

Marcia Thereza Couto; Carolina Luisa Alves Barbieri.	2015	Cuidar e (não) vacinar no contexto de famílias de alta renda e escolaridade em São Paulo, SP, Brasil.	Pesquisa de Campo Qualitativa	Analisar a dimensão do cuidado parental e suas relações ao decidir (não) vacinar os filhos no contexto de famílias de alta renda e escolaridade.	Ciência & Saúde Coletiva.
Roudom Ferreira Moura; Fabíola Bof de Andrade; Yeda Aparecida Oliveira Duarte; Maria Lúcia Lebrão; José Leopoldo Ferreira Antunes.	2015	Fatores associados à adesão à vacinação anti-influenza em idosos não institucionalizados, São Paulo, Brasil.	Revisão.	Estimar a cobertura vacinal contra a influenza em idosos e identificar os fatores associados à adesão à vacinação.	Cadernos de Saúde Pública.
Natalie Vieira Zaninia; Bianca Stawinski Pradoa; Rafael de Castro Hendgesa; Carolina Arnaut dos Santosa; Fernanda Vieira; Rodovalho Callegarib; Marcelo Picinin Bernucia.	2017	Motivos para recusa da vacina contra o papilomavírus humano entre adolescentes de 11 a 14 anos no município de Maringá-PR.	Pesquisa de Campo Qualitativa.	Identificar o nível de conhecimento das adolescentes acerca do vírus e da vacina; Descrever os motivos pelos quais elas não se vacinaram.	Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade.
Carolina Luisa Alves Barbieri; Márcia Thereza Couto; Fernando Mussa Abujamra Aith.	2017	A (não) vacinação infantil entre a cultura e a lei: os significados atribuídos por casais de camadas médias de São Paulo, Brasil.	Pesquisa de Campo Qualitativa.	Pais que tomam decisões distintas perante a vacinação do filho significam as normas de vacinação do país por meio de suas vivências.	Cadernos de Saúde Pública.
Luana Raposo de Melo Moraes Aps; Marco Aurélio Floriano Piantola; Sara Araujo Pereira; Julia Tavares de Castro; Fernanda Ayane de Oliveira Santos; Luís Carlos de Souza Ferreira;	2018	Eventos adversos de vacinas e as consequências da não vacinação: uma análise crítica.	Revisão.	A população bem informada quanto aos benefícios da vacinação e os profissionais da saúde devem assumir o papel de divulgar informações verídicas e com respaldo científico como compromisso ético e profissional junto à sociedade.	Revista de Saúde Pública.
Mayla Yara Porto.	2020	Uma revolta popular contra a vacinação.	Revisão.	Sem os necessários esclarecimentos à população, a campanha da vacina obrigatória canalizou um crescente descontentamento popular.	Sociedade Brasileira Para o Progresso da Ciência.

Fonte :Autores, 2020.

Para melhor entendimento dos resultados, eles foram divididos em duas categorias temáticas: Fatores para a não adesão às vacinas e Fatores para a adesão às vacinas.

Fatores para a não adesão às vacinas

As notícias que circulam em mídias sociais influenciam muito na decisão em vacinar ou não vacinar. A grande parte dessas notícias não possuem embasamento técnico científico algum. Tais postagens, que podemos nomear como fake news, têm grande circulação e influência sobre a população que procura informações em internet, jornais e na TV⁵.

Não obstante, devido a diversos fatores como o nível cultural e econômico dos pais, causas relacionadas a crenças, superstições, mitos e credos religiosos, muitas crianças deixam de ser vacinadas³.

A falta de informações tem contribuído para a reemergência de doenças infecciosas em diversos países no mundo e põe em risco planos globais para a erradicação de doenças infecciosas. Logo, os movimentos antivacinais distorcem e divulgam fake news que alegam ter bases científicas para questionamentos da eficácia e segurança de várias vacinas^{2,6}.

A falta de informações adequadas faz com que população acredite em notícias falsas e assim aderirem aos movimentos contra a vacinação e optar pela não imunização. Podemos citar a associação temporal sem base causal recentemente divulgada na mídia como a ocorrência de casos de paralisia temporária após a imunização com a vacina contra o vírus papiloma humano (HPV); exacerbação de doenças autoimunes; doenças neurológicas como Alzheimer e as síndromes incluídas no Transtorno de Espectro Autista (TEA). No entanto, em nenhuma delas foi relatada uma correlação a partir de análises científicas^{2,7}.

O medo, a falta de informação e circulação de falsas notícias, evidenciam a queda na adesão vacinal, pois, muitos acreditam que as reações adversas como reações inflamatórias locais e, com frequência muito menor, efeitos sistêmicos, alergias, Síndrome da Guerra do Golfo (variedade de sintomas psicológicos e físicos, incluindo aumentos na taxa de desordens do sistema imunológico e defeitos congênitos), narcolepsia (um distúrbio do sono caracterizado por sonolência excessiva durante o dia), eczema e até câncer, estejam relacionadas, entretanto, sem estudos que evidenciem a associação com as vacinas^{2,8}.

Em contradição, na realidade brasileira, diversas doenças que já foram erradicadas e ressurgem devido a uma baixa adesão ao esquema vacinal. O “Movimento Antivacina” é o grande responsável pela queda da adesão ao esquema vacinal, esse movimento é composto por pessoas que acreditam nos supostos efeitos colaterais que a imunização provoca. A necessidade de informação é de grande validade para uma imunização contínua e segura, visto que a ocorrência de eventos adversos vai muito da sensibilidade e predisposição de cada indivíduo. Nota-se que a percepção de cuidado entre os adeptos a vacinação e os não adeptos são culturalmente diferentes. No entendimento dos não vacinadores, a vacina passa a assumir significados de risco e ameaça à saúde. Para eles, o estilo de vida natural sem excessivas intervenções científico-tecnológicas é mais seguro que a exposição a agentes biológicos^{4,9}.

Nas camadas sociais urbanas mais intelectualizadas e que se intensificam a ideia que o indivíduo é único e livre para fazer suas escolhas. Ademais, vacinar ou não vacinar são decisões únicas e exclusivas. São nessas camadas das quais se observam grupos que entendem a reflexão e a decisão em vacinar ou não vacinar se contrapõem a obrigatoriedade da vacinação e do calendário preconizado pelas normas vigentes da saúde pública brasileira⁴.

O crescimento do Movimento Antivacina preocupa especialistas na área de saúde em todo mundo. É preciso ter equipes de saúde devidamente capacitadas nos serviços de atenção primário à saúde para uma abordagem segura e rica em informações técnicas, capazes de levantar questionamentos em comportamentos antivacinais. O que poderá mudar esse quadro que cresce a cada dia, são esclarecimentos fidedignos de possíveis reações às vacinas, mas que essas reações são menos constantes e maléficas do que o risco de contágio e o aumento da transmissibilidade das doenças que pode ser evitada com a adesão ao calendário vacinal^{4,10}.

Fatores para a adesão às vacinas

Observamos que a decisão de vacinar parte da concepção de cuidado, onde se estabelece a confiança na eficácia da vacina que previne o contágio de doenças que acometem a primeira infância podendo levar ao óbito ou a sequelas para toda vida³.

A imunização apresenta o procedimento de menor custo e maior efetividade e deve ser colocada como modificador de doenças que levam a morbidades e a óbitos causadas pelas doenças imunopreveníveis¹¹.

As vacinas são a principal estratégia para proteção e combate a doenças infectocontagiosas, a adesão ao esquema vacinal, além de evitar ocorrência de surtos endêmicos, tem objetivo de controlar e erradicar essas doenças^{3,12}.

Vale ressaltar que o profissional da saúde esteja atento ao esquema vacinal da população e assim, evitar que crianças e adultos aptos à imunização não desperdicem a oportunidade de vacinação ao ter contato com serviços de saúde. O enfermeiro é peça chave na abordagem e no entendimento da importância de manter o esquema vacinal em dia e assim proteger a população de doenças e surtos endêmicos. A abordagem deve levar em consideração diferenças sociais, culturais e econômicas que contribuem diretamente no entendimento da importância e eficácia das vacinas¹³.

É preciso salientar que a mídia também tem um papel relevante com relação a divulgação das campanhas vacinais. Se a população entender que as vacinas têm os benefícios de blindar o organismo contra doenças infectocontagiosa, e que somente a vacinação é capaz de impedir o contágio, é demonstrada uma maior aceitabilidade pelos esquemas vacinais ao longo da vida e em todas as faixas etárias⁵.

As campanhas vacinais estão calcadas legalmente por normas legais, manuais, protocolos e diretrizes, assim atribuem-se o ato da não vacinação de crianças a negligência parental ou “omissão do cuidar”¹⁴.

A vacinação é uma prática de saúde pública que traz bem-estar à população. É um campo fértil e complexo, considerando interesses e características para a comunidade e os conflitos que podem surgir do sistema regulatório seja moral, cultural ou ordem legal. As políticas públicas de imunização contribuíram para a construção de um fortalecimento cultural e moral em torno das campanhas vacinais¹⁵.

CONCLUSÃO

A conclusão a que se chega com esta revisão é que o engajamento dos profissionais da saúde com o Ministério da Saúde é de grande relevância para a

solidez e adesão de toda comunidade em todas as faixas etárias às campanhas de vacinação. Não basta apenas ser uma imposição, a população deve ter consciência de que a vacinação é de extrema importância para a Saúde Pública.

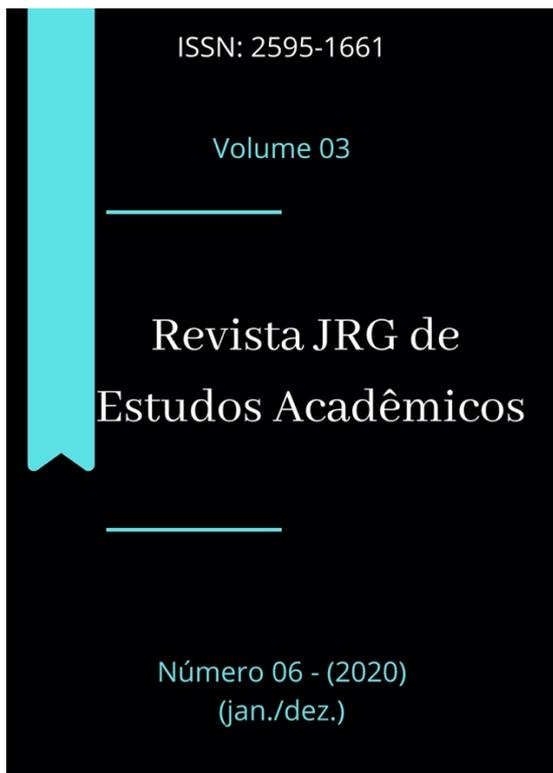
É preciso que as informações científicas cheguem em todos os níveis culturais, econômicos e demográficos com seriedade e sem qualquer distorção dos possíveis efeitos colaterais e da real eficácia que as vacinas, bem como os benefícios de uma saúde de preventiva contra doenças infectocontagiosas que matam e podem deixar sérias sequelas irreversíveis ao longo da vida.

Com uma população devidamente esclarecida e consciente que a imunização é um ato de cuidado e a não adesão às vacinas é mais maléfica do que a adesão, iremos, portanto, combater as fake news e os impactos negativos que elas trazem proliferando falsas notícias, assim contribuindo para a crescente do Movimento Antivacina.

REFERÊNCIAS

1. Porto MY. Uma revolta popular contra a vacinação. *Cienc Cult.* 2003; 55(1): 53-54.
2. Aps LRMM, Piantola MAF, Pereira AS, Castro JT, Santos FAO, Ferreira LCS. Eventos adversos de vacinas e as consequências da não vacinação: uma análise crítica. *Rev Saude Publica.* 2018; 52(40):1-13. Doi: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2018052000384>
3. Sousa CJ, Vigo ZL, Palmeira CS. Compreensão dos pais acerca da importância da vacinação infantil. *Rev Enferm Contemp.* 2012; 1(1):44-58. doi: <http://dx.doi.org/10.17267/2317-3378rec.v1i1.39>
4. Zanini NV, Prado BS, Hedges RC, Santos CA, Callegari FVR, Bernuci MP. Reasons for refusal of human papillomavirus vaccine among adolescent girls between 11 and 14 years of age in the municipality of Maringá-PR. *Ver Bras Med Fam Comunidade.* 2017; 12(39):1-13. Doi: [https://doi.org/10.5712/rbmfc12\(39\)1253](https://doi.org/10.5712/rbmfc12(39)1253)
5. Pereira BFB, Martins MAS, Barbosa TLA, Silva CSO, Gomes LMX. Motivos que levaram as gestantes a não se vacinarem contra H1N1. *Cien Saude Colet.* 2013; 18(6): 1745-1752.
6. Francisco PMSB, Barros MBA, Cordeiro MRD. Vacinação contra influenza em idosos: prevalência, fatores associados e motivos da não-adesão em Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2011; 27(3):417-426. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2011000300003>
7. Ferreira SF. Crenças das mães em relação à vacinação. *Rev Bras Enferm.* 1984; 37(2):109-115. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71671984000200005>
8. Gomes LMX, Antunes KR, Barbosa TLA, Silva CSO. Motivos que levaram os idosos a não se vacinarem contra a influenza sazonal. *Rev Pesquisa Cuidado é Fundamental Online.* 2012; 4(3):2561-2569.

9. Silva AAM, Gomes UA, Tonial SR, Silva RA. Cobertura vacinal e fatores de risco associados à não-vacinação em localidade urbana do nordeste brasileiro, 1994. *Rev Saúde Pública*. 1999;33(2):147-156. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89101999000200006>
10. Moura RF, Andrade FB, Duarte YAO, Lebrão ML, Antunes JLFA. Fatores associados à adesão à vacinação anti-influenza em idosos não institucionalizados, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2015;31(10):2157-2168. doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00065414>
11. Santos LB, Barreto CCM, Silva FLS, Silva KCO. Percepção das mães quanto à importância da imunização infantil. *Rev RENE*. 2011; 12(3):621-626.
12. Santos ZMSA, Albuquerque VLM, Sampaio FHS. Vacinação – o que o usuário sabe? *Rev Bras Promoç Saúde*. 2005;18(1):24-30.
13. Santos PCF, Bohland AK, Paixão AC. Oportunidades perdidas de vacinação em hospital de referência pediátrica, em Aracaju (SE), Brasil. *Rev de APS*. 2009;12(1):29-38.
14. Barbieri CLA; Couto MT; Aith FMA. A (não) vacinação infantil entre a cultura e a lei: os significados atribuídos por casais de camadas médias de São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2017; 33(2): e001733315. doi: 10.1590/0102-311X00173315
15. Couto MT, Barbieri CLA. Cuidar e (não) vacinar no contexto de famílias de alta renda e escolaridade em São Paulo, SP, Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2015;20(1):105-114. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014201.21952013>



Tramitação Editorial:

Data de submissão (recebimento):
01/01/2020.

Data de reformulação:
10/02/2020

Data de aceitação (expedição de carta de
aceite): 01/03/2020

Data de disponibilização no site
(publicação): 20/03/2020

DOI: <http://doi.org/10.5281/zenodo.3891976>

Publicado: 2020-06-12

DESAFIOS DO ENFERMEIRO NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA GESTANTE PRIVADA DE LIBERDADE

CHALLENGES OF NURSES IN HEALTH CARE FOR PREGNANT WOMEN DEPRIVED OF LIBERTY

Gisleane dos Santos Silva¹
Mayara Cândida Pereira²

Resumo

Objetivo: Descrever desafios da assistência de enfermagem às gestantes no sistema prisional e identificar legislações pertinentes ao direito à saúde das gestantes privadas de liberdade. **Metodologia:** Trata-se de Revisão Integrativa da Literatura, com busca nas bases de dados LILACS, SciELO e BDNF, na modalidade integrada ao Portal Regional da BVS, usando os respectivos descritores: Enfermagem; Gravidez; Prisões;

¹ Graduanda em Enfermagem pela Universidade Paulista UNIP

² Graduada em Enfermagem pela Anhanguera Educacional - Anápolis GO. Doutoranda em Gerontologia pela Universidade Católica de Brasília-DF, Mestre em Gerontologia e Especialista em Saúde Pública. Atualmente é Coordenadora do Curso de Enfermagem da Universidade Paulista - UNIP campus Brasília - DF; Consultora Ad Hoc da Revista de Divulgação Científica Sena Aires; avaliadora de cursos pelo INEP/MEC e colaboradora dos processos éticos de enfermagem do COREN-DF. Tem experiência na área de enfermagem, com ênfase em saúde pública, gerontologia e ética profissional. Além disso, tem experiência em gestão acadêmica de ensino superior. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-0242-6262>

Saúde. **Resultados:** Foi incluído nesse estudo o total de 13 artigos que apontaram um grande déficit na assistência à saúde da mulher gestante decorrentes de fatores intrínsecos do sistema penitenciário. **Considerações Finais:** O enfermeiro é inteiramente conectado à atenção pré-natal, porém no âmbito prisional suas atribuições se tornam limitadas devido a precária situação que os presídios se encontram, indo em contramão com o que é previsto.

Palavras-chave: Enfermagem. Gravidez. Prisões. Saúde.

Abstract

Objectives: *To describe nursing care challenges for pregnant women in the prison system and to identify legislation relevant to the right to health of pregnant women deprived of liberty.* **Methodology:** *This is an Integrative Literature Review, searching LILACS, SciELO and BDEF databases, in the modality integrated with the VHL Regional Portal, using the respective descriptors: Nursing; Pregnancy; Prisons; Health.* **Results:** *A total of 13 articles were included in this study, which pointed out a major deficit in health care for pregnant women due to intrinsic factors in the prison system.* **Final considerations:** *The nurse is entirely connected to prenatal care, in the prisons his duties become limited due to the precarious situation that prisons are in, going against what is predicted.*

Keywords: *Nursing. Pregnancy. Prisons. Cheers.*

INTRODUÇÃO

O Brasil conta com a quarta maior população carcerária feminina do mundo, com aproximadamente 42 mil mulheres nas prisões. Nos últimos anos, essa população cresceu significativamente, havendo mais demanda pelos serviços de saúde. (BRASIL, 2018) Composta por mulheres jovens com baixos níveis socioeconômicos e educacionais, com relações familiares desfeitas, altas taxas de desemprego e prostituição, jovens solteiras ou separadas, estabelecidas há muito tempo com infecções sexualmente transmissíveis, quase sem acesso aos serviços de saúde e com histórico de uso ou tráfico de drogas. A combinação dessas características leva a pessoas vulneráveis e, em muitos casos, com a saúde comprometida antes de serem presas. (BARROS *et al*, 2016, p.4981)

Dentre a população carcerária feminina, parte são gestantes, essa população possui condições específicas e requerem atenção especial, a atuação do enfermeiro junto a essas mulheres é de grande importância, tanto por seu caráter preventivo, como também protagonista na assistência de saúde, mostrando que este profissional desenvolve práticas e serviços que geram segurança para um período gestacional de qualidade. (ALVES; WENDRAMIN, 2019, p.215)

A enfermagem atua de forma significativa em diversos setores e lugares exercendo as mais variadas funções dentro da área da saúde e com diferentes significações sociais. O enfermeiro desempenha papel fundamental no serviço de saúde, conduz, planeja, organiza, coordena, executa e avalia a assistência prestada,

bem como articula ações de educação e promoção à saúde levando em conta as reais necessidades de saúde da população atendida. (SOUZA; CABRAL; SALGUEIRO, 2018, p.55-60)

O pré-natal deve contar com a atuação integral do enfermeiro, que deve desempenhar seu papel com total autonomia, agilidade e conhecimento técnico-científico para desenvolver estratégias e ações que promovam uma assistência de qualidade que atenda às necessidades individuais de cada gestante. (OLIVEIRA, 2018)

Desafios são enfrentados cotidianamente na tentativa de fornecer uma assistência integral e humanizada, que variam de acordo com condições socioeconômica da comunidade e da unidade na qual está inserida, por exemplo: estrutura inapropriada, celas superlotadas, recursos insuficientes, falta de médico, e no âmbito prisional além de enfrentar essas dificuldades, envolvidos por um ambiente marcado pela tensão, lidando com o medo e a insegurança que a instabilidade do sistema penitenciário causa, lo enfermeiro encara necessidades diferenciadas e desafiadoras, que fogem de sua rotina e resultam em uma assistência deficitária. (SOUZA; CABRAL; SALGUEIRO, 2018, p.62)

A saúde é uma condição humana básica, sua assistência é universal e igualitária, a população carcerária se insere como SUS dependente, tem acesso ao direito à saúde constitucionalmente garantido e já era previsto até antes da constituição através da Lei de Execução Penal (LEP) nº 7.210 de 11 de julho de 1984 e em seguida pelo Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP) que asseguram em todas as condições a integralidade do cidadão dentro do sistema penitenciário incluindo a assistência integral a saúde. (LERMEN *et al*, 2015, p.910)

Com base nas condições desfavoráveis de habitabilidade e salubridade das unidades prisionais e pela falta de êxito nas propostas anteriores foi instituída recentemente a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional- PNAISP, voltada para a ampliação das ações de saúde no sistema, essa política estende o olhar sobre a população carcerária brasileira, para a política, é preciso o respeito pelos direitos humanos e a articulação de diferentes setores. (LERMEN *et al*, 2015, p.912; BRASIL, 2013)

No entanto, a PNAISP não se dedica as ações específicas voltadas para a saúde das mulheres apenas e principalmente da mulher no período gravídico, que necessita de atenção especial. Diante dessa situação devemos considerar, a PNAISPE- Política Nacional de Atenção às Mulheres em Situação de Privação de Liberdade e Egressas do Sistema Prisional. (BRASIL, 2014)

A fim de atender a complexidade e as especificidades da saúde das mulheres, a PNAISPE veio para reformular as práticas e garantir os direitos das mulheres privadas de liberdade. Para as gestantes, essa política assegura para que tenham uma maternidade protegida, priorizando a assistência integral e humanizada. (BRASIL, 2014)

Embora existam leis que garantam a assistência às mulheres na gestação e no puerpério, a realidade é que o Sistema Penitenciário Brasileiro apresenta um quadro de saúde apreensivo, constata-se descaso e omissão do Estado na execução de seus deveres, o que compromete a assistência de saúde fornecida à essa população,

todavia, tais condições são pouco debatidas na literatura. (ALVES; WENDRAMIN, 2019, p.220)

Foi nesse contexto que surgiu a motivação para o estudo, que tem como objetivos, descrever desafios do enfermeiro na assistência de saúde às gestantes no sistema prisional e identificar legislações pertinentes ao direito à saúde das gestantes privadas de liberdade

A precariedade e insalubridade do sistema penitenciário é um assunto de extrema relevância, no entanto, ainda é pouco discutido e se torna mais falho no que se trata a saúde da mulher que vivência o período gravídico em cárcere privado. Demonstra-se então a urgência em disseminar o conhecimento quanto a realidade dos presídios femininos que abordem a assistência de enfermagem às gestantes e os direitos dessa população.

METODOLOGIA

Este estudo trata-se de uma revisão integrativa de literatura, com coleta de dados realizada a partir de fontes secundárias por meio de levantamento bibliográfico sobre uma determinada temática que se deseje estudar. (SOUZA; CARVALHO, 2010, p.103)

A revisão integrativa- RI configura-se na análise crítica de estudos anteriores sobre a temática, selecionando-os de acordo com as fases organizativas que possibilitam analisar e avaliar os dados coletados. Em razão da alta busca de informações na área da saúde, é indispensável a triagem dos artigos subsidiados em evidências comprovadas para pesquisas científicas. Com base neste princípio, a RI promove uma sistematização dos resultados mais relevantes das pesquisas. (CROSSETI, 2012, p.9; SOARES, 2014, p.336)

Esta modalidade permite a análise de pesquisas e síntese dos conceitos de forma ampla, possibilita inserir literatura teórica e empírica bem como estudos com diferentes abordagens metodológicas quantitativa, qualitativa, experimental e de pesquisa não experimental. (SOUZA; CARVALHO, 2010, p.104)

Algumas etapas devem ser seguidas para elaboração da revisão integrativa, sendo elas: Elaboração da pergunta norteadora; busca na literatura; coleta dos dados; análise dos estudos incluídos; discussão dos resultados; apresentação dos resultados. (SOUZA; CARVALHO, 2010, p.106)

A pergunta norteadora foi: “Quais desafios são enfrentados pelo enfermeiro na promoção de saúde às gestantes privadas de liberdade e quais legislações resguardam o direito à saúde dessa população?”. A partir de então, foi feita uma busca, nas bases de dados LILACS: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde, SciELO: Scientific Electronic Library e BDEF: Base de Dados de Enfermagem, na modalidade integrada ao Portal Regional da BVS (Biblioteca Virtual de Saúde).

A busca nos bancos de dados supracitados, foi realizada utilizando os descritores: “Enfermagem”, “Gravidez”, “Prisões”, “Saúde”, pesquisados no DeCS- Descritores em Ciências da Saúde. Após a busca, 426 artigos foram localizados e submetidos à avaliação por meio dos critérios de inclusão e exclusão, foram excluídos 341 artigos pela leitura do título e resumo, 85 artigos foram selecionados para análise

pelos critérios de elegibilidade. Foram excluídos 72 artigos por não obedecerem aos critérios de inclusão. O resultado foi de 13 artigos.

Os critérios para inclusão dos artigos foram estabelecidos de acordo com o período de 2010 a 2020, de acesso livre, publicados na língua portuguesa e que continham o conteúdo de afinidade com a temática. Foram excluídos os artigos que não correspondiam aos critérios de inclusão citados.

RESULTADOS

Os trabalhos selecionados foram organizados no quadro abaixo, no qual estão descritos segundo os autores/ano, área de publicação, título, objetivos e principais resultados.

QUADRO 1: Estudos incluídos na revisão integrativa, distribuídos de acordo com o autor/ano, área de publicação, título, objetivos e principais resultados.

AUTORES/ANO	ÁREA DE PULICAÇÃO	TÍTULO	OBJETIVOS	PRINCIPAIS RESULTADOS
Galvão, Davim, 2013.	Enfermagem	Ausência de assistência à gestante em situação de cárcere penitenciário.	Descrever a experiência vivenciada por mulheres grávidas em sistema penitenciário.	Evidenciou falta de profissionais de saúde, não há acompanhamento sistematizado para as gestantes, falta de escolta para transporte dessa população e dificuldades na marcação de consultas na rede do SUS.
Filho, Freitas, Sales, Moura, 2015.	Enfermagem	Assistência de enfermagem na saúde sexual e reprodutiva de mulheres reclusas: relato de experiência.	Relatar a experiência de acadêmicos de enfermagem quanto à assistência prestada, na área da saúde reprodutiva e sexual, a mulheres reclusas.	A assistência à saúde das mulheres reclusas é deficitária, caracterizando uma realidade distante do que é proposto no PNSSP. A falta de recursos é, de fato, um grande impasse, para que os profissionais possam executar suas atribuições.
Valim, Daibem, Hossne, 2018.	Saúde Pública	Atenção à saúde de pessoas	estudo qualitativo para verificar a realização de consulta e	Demonstrou irregularidades na realização do protocolo mínimo

		privadas de liberdade.	orientação sobre serviço de saúde no momento do ingresso em uma penitenciária.	para o diagnóstico inicial de saúde previsto no PNSSP, ausência de orientação sobre o acesso ao serviço de saúde localizado na instituição prisional.
Fochi, Silva, Lopes, 2014.	Enfermagem	Pré-natal em unidade básica de saúde a gestantes em situação prisional.	Descrever a assistência pré-natal realizada em uma unidade básica de saúde, ofertada à população carcerária feminina.	Evidenciou a necessidade de formação específica para lidar com essa população. A precariedade e insalubridade nas unidades penitenciárias contribuem para o adoecimento da população carcerária. A assistência oferecida às gestantes permitiu conhecer o universo da mulher presidiária e suas necessidades.
Diuana, Ventura, Simas, Larouzé, Correa, 2015.	Saúde Coletiva	Direitos reprodutivos das mulheres no sistema penitenciário: tensões e desafios na transformação da realidade	buscou-se, identificar e discutir as principais violações e desafios para a efetivação dos direitos reprodutivos, em especial à assistência à saúde reprodutiva das mulheres no sistema penitenciário.	Observou-se que a atenção à saúde das mulheres, em especial durante a gestação e o parto, e dos filhos que se encontram junto a elas no cárcere constitui um desafio para políticas públicas comprometidas com os princípios da acessibilidade, integralidade, resolutividade e humanização da assistência à saúde, como prevê a Constituição Federal e as leis

				que regem saúde e os direitos reprodutivos das mulheres.
Souza, Cabral, Leite-Salgueiro, 2018.	Enfermagem	Reflexões sobre a assistência em enfermagem à mulher encarcerada: um estudo de revisão integrativa.	Analisar na literatura, as ações de Educação e Promoção à Saúde da Mulher praticada pela enfermagem, para mulheres privadas de liberdade, com ênfase na fase reprodutiva, no período de pré-natal, parto e puerpério.	A pesquisa permitiu observar que a vulnerabilidade das mulheres é potencializada na situação prisional, além de superestimar os déficits de saúde pública, referentes a assistência à saúde das detentas, apesar da existência de cobertura legislativa que garante direitos plenos na atenção integral à saúde dos indivíduos encarcerados.
Santana, Reis, 2019.	Enfermagem	Percepção da Equipe de Enfermagem Acerca da Assistência à Saúde no Sistema Prisional.	Compreender como a equipe de enfermagem percebe a assistência da saúde no Sistema Prisional.	Evidenciou a dificuldade de organizar estratégias para a promoção, proteção e manutenção da saúde dentro das unidades prisionais, uma vez que a organização administrativa encontra-se fragilizada.
Félix, França, Nunes et al, 2017.	Enfermagem	O enfermeiro na atenção pré-natal às mulheres em sistema carcerário.	Descrever a atuação do enfermeiro na atenção pré-natal com mulheres em sistema carcerário; identificar dificuldades dos enfermeiros na atenção pré-natal às encarceradas.	Embora o enfermeiro esteja ligado totalmente à atenção pré -natal, no caso de cárcere torna-se inteiramente refém da falta de estrutura, recursos materiais e humanos, deixando de oferecer uma atenção completa e

				de qualidade a essa população. Os direitos dos apenados estão garantidos por lei, no entanto, na prática não são respeitados.
Fochi, Higa, Camisão, Turato, Lopes, 2017.	Enfermagem	Vivências de gestantes em situação de prisão.	Buscou-se conhecer as vivências de gestantes em situação prisional.	As mulheres grávidas em situação prisional possuem carências físicas e emocional causadas pela deficiência no atendimento às necessidades humanas básicas, como alimentação, sono, segurança e relacionamento social, as tornando mais vulneráveis.
Pereira, 2016.	Saúde Pública	Famílias de mulheres presas, promoção da saúde e acesso às políticas sociais no Distrito Federal, Brasil.	Busca contribuir para a construção de estratégias de promoção da saúde para a população feminina que vive em situação de prisão.	É necessário atentar para as formas diferenciadas produzidas na relação entre as presas, especialmente para as narrativas de cansaço e de dificuldade de acesso às políticas públicas.
Ventura, Simas, Larouzé, 2015.	Saúde Pública	Maternidade atrás das grades: em busca da cidadania e da saúde. Um estudo sobre a legislação brasileira.	Busca instrumentalizar uma atuação garantista dos agentes públicos e dar visibilidade à problemática, diante das extremas vulnerabilidades e invisibilidade jurídica e administrativa da questão.	Foram identificadas 33 normas legais, com pontos de tensão, como as disparidades quanto a prazos e condições de permanência das crianças no sistema penitenciário. A garantia legal constitucional do direito à amamentação é refletida nas

				regulamentações identificadas. Mas constatam-se ausências de outros aspectos relativos à maternidade na prisão, que se traduzem em dupla penalidade às mulheres, arbitrariamente estendida aos seus filhos. É necessária a ampliação e efetivação da regulamentação existente para prevenir e coibir as violações de direitos apontadas.
Apolinário, 2013	Enfermagem	Significados atribuídos por enfermeiros à assistência que prestam a indivíduos em situação prisional.	Caracterizar as unidades e identificar as percepções e os significados atribuídos por enfermeiros que atuam no sistema prestando assistência aos presidiários nas unidades de sistema fechado.	Evidenciou desafios e dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros na assistência de saúde no sistema penitenciário, uma vez que a superlotação, falta de médicos, dificuldade na referência e contrarreferência, além da insegurança em trabalhar, as condições de trabalho são desfavoráveis para um melhor atendimento.
Pereira, 2015.	Saúde Pública	Atitudes e intervenções de profissionais que atuam junto a mulheres grávidas ou com bebês	Identificar atitudes e intervenções de profissionais que trabalham em contexto prisional em relação às gestantes e	A pesquisa revelou grandes dificuldades vivenciadas cotidianamente pelos profissionais que atuam com mulheres grávidas e seus bebês no

		em contexto prisional	mães com bebês presas.	sistema penitenciário.
--	--	--------------------------	---------------------------	---------------------------

DISCUSSÃO

Desafios do enfermeiro na assistência de saúde às gestantes no sistema penitenciário

O profissional enfermeiro na equipe que estrutura a assistência pré-natal desenvolve posição de destaque, com atuação que deve estar fundamentada no cuidado humanizado, constituindo com cada mulher uma relação que permita perceber suas reais necessidades proporcionando bem-estar e garantia de saúde. (FELIX *et al*, 2017, p.3940)

De acordo com o Ministério da Saúde, o enfermeiro está no centro das ações durante o pré-natal por ter definidas como atribuições múltiplas ações, dentre elas a assistência integral, o que compreende a promoção e proteção à saúde; prevenção de agravos; diagnóstico e tratamento; consulta de enfermagem; planejamento; gerenciamento; administração e avaliação de intervenções. (BRASIL, 2013)

A consulta de enfermagem é privativa do enfermeiro e tem como objetivo assegurar condições para promoção da saúde, prevenção e o tratamento dos problemas que ocorrem durante o período gestacional e pós parto, elaborando plano de assistência de acordo com as necessidades identificadas e priorizadas, estabelecendo intervenções, orientações e encaminhando a serviços de referência, quando necessário. Neste caso, nas penitenciárias, a assistência de enfermagem deveria cumprir todas as etapas. (FILHO *et al*, 2015, p.125)

A oferta de cuidados às gestantes no sistema penitenciário, pelo profissional de enfermagem, deve reconhecer fatores socioculturais e aqueles essenciais a esta condição, que é diferente de qualquer outra, para poder prestar um cuidado efetivo, o ambiente prisional não é familiar para os enfermeiros porque eles não recebem treinamento para atuar neste local em sua formação profissional. (FOCHI *et al*, 2014, p.373)

Promover a saúde dentro das prisões é um desafio, precárias de estrutura física e superlotação nos presídios brasileiros são uma realidade preocupante para a saúde, se tratando da gestante este fato torna-se mais alarmante, devido aos cuidados especiais e atenção que essas mulheres necessitam, além das precárias condições de habitabilidade, a situação se agrava pela falta de recursos e equipamentos qualificados. (GALVÃO; DAVIM, 2013, p. 454)

As unidades prisionais não contam com uma equipe multidisciplinar, o panorama real, conta apenas com enfermeiro e técnico em enfermagem, que prestam cuidados diários a toda a população carcerária que notadamente vem crescendo cada vez mais e por consequência as necessidades pelos serviços de saúde também, a superlotação em conjunto com a falta de profissionais e de um espaço físico adequado para o atendimento da população em questão contribuem para que a equipe de enfermagem preste um atendimento à saúde ineficaz. (APOLINÁRIO, 2013)

A situação precária dos presídios muitas vezes resulta na falta de resolutividade da assistência dentro da unidade, sendo necessário o suporte externo, em unidades de saúde que fazem parte da rede do SUS, porém esbarram nas dificuldades de viaturas e escolta policial para o deslocamento das gestantes, prejudicando ocorrências emergenciais e consultas agendadas. (GALVÃO; DAVIM, 2013, p. 455; SANTANA; ANDRADE, 2019, p.1144)

A superlotação é agravada pela rotina da inatividade, o excesso de mulheres na cela parece coibir o direito ao sono, repouso e a privacidade, enquanto a alimentação contribui para o surgimento ou agravamento de problemas de saúde, sendo um fator de grande dificuldade para o controle dietético de algumas pacientes, devido à falta de profissional Nutricionista, a equipe responsável elabora o cardápio conforme for mais conveniente à própria instituição, mesmo sendo solicitada pelo enfermeiro a dieta especial em alguns casos específicos. (FOCHI *et al*, 2017)

Outra condição que influencia o trabalho do enfermeiro dentro do sistema penitenciário é a restrição que é imposta pela segurança, os profissionais não tem livre acesso às gestantes e vice-versa, o acesso das sentenciadas às enfermarias é controlado pela segurança, e nos casos em que procuram o setor de saúde continuamente, logo se veem impedidas pela segurança, pois os agentes limitam suas movimentações. (PEREIRA, 2015)

Os agentes penitenciários acabam exercendo um papel diferenciado no que se refere à regulação do acesso à saúde, são eles que selecionam quem vai ter ou não a consulta com o enfermeiro, situação essa que acaba gerando alto nível de estresse aos profissionais, impossibilitando-lhes em muitas ocasiões de exercer a assistência de enfermagem na busca da integralidade. (APOLINÁRIO, 2013)

A falta de consideração e compreensão acerca das atribuições do papel que o enfermeiro exerce nos presídios, contribui para o desânimo da equipe, sofrimento e o estresse. O acesso limitado do profissional às gestantes gera uma assistência fragmentada, os resultados deste processo de trabalho ficam comprometidos, afetam a autonomia do enfermeiro para a realização da avaliação clínica, a interpretação dos dados coletados e a proposta de intervenções que cada situação exige. (GALVÃO; DAVIM, 2013, p. 458)

Nota-se a dificuldade de organizar estratégias para promoção, proteção e manutenção da saúde dentro das unidades prisionais, uma vez que a base do processo de organização administrativa encontra-se fragilizada, em virtude dos riscos e das rígidas normas de segurança da penitenciária, as unidades não permitem realizar grupos de educação em saúde com as pacientes, ou mesmo trabalhos de educação em saúde para prevenção. (SANTANA; ANDRADE, 2019, p.1145)

Ainda que o enfermeiro em suas atribuições profissionais esteja inteiramente conectado à atenção pré-natal de forma holística e humanizada com consultas para formação de vínculo e escuta ativa, no âmbito prisional, torna-se totalmente refém da falta de estrutura, da escassez de recursos materiais e humanos dos presídios brasileiros, deixando de oferecer uma atenção completa e de qualidade a essa população em específico. ((FELIX *et al*, 2017, p.3942)

Direitos, Políticas Públicas e Legislações

No contexto de que todo cidadão tem acesso ao direito à saúde constitucionalmente assegurado, os detentos independentemente da condição do crime por eles cometido possuem o mesmo direito de gozar dos mais elevados padrões de assistência à saúde, estes encontram-se privados de liberdade, mas mantêm os demais direitos humanos essenciais à sua cidadania. (VALIM; DAIBEM; HOSSNE, 2018, p.285)

De acordo com a Lei de Execução Penal (LEP) Nº 7.210, os direitos previstos na Constituição Federal não foram executados de forma simultânea à população brasileira, as pessoas privadas de liberdade não tinham os mesmos direitos garantidos. (VALIM; DAIBEM; HOSSNE, 2018, p.286) Objetivando orientar e reintegrar socialmente o detento, nos últimos anos foram adotadas medidas governamentais para cumprir o dever do Estado na assistência a essa população, por meio de educação, trabalho e saúde. (BRASIL, 1984)

A Lei de Execução Penal regulamenta o cumprimento das penas restritivas de liberdade e incluem orientações detalhadas sobre como os detentos são classificados, assegura alimentação, vestuário, instalações higiênicas, assistência à saúde, assistência jurídica, assistência educacional e preservação dos direitos. (BRASIL, 1984)

Evidenciando a necessidade de política pública de saúde especializada, em 2003 foi instituído o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP), com o objetivo de reconhecer a garantia do acesso à saúde para as pessoas em cárcere privado, de acordo com o princípio de universalidade do SUS, ampliando as diretrizes de saúde no sistema penitenciário descritas na LEP. (BRASIL, 2004)

O principal objetivo do PNSSP é contribuir para a monitorização e retenção de agravos na saúde que mais afetam a população do sistema penitenciário, tal como trabalhar em ações de prevenção e promoção em saúde. Trata-se de uma estratégia para fazer chegar o acesso às políticas de saúde à população privada de liberdade, determina que as ações e os serviços de assistência básica, o que inclui a assistência à mulher grávida, sejam organizadas nas unidades prisionais e realizadas por equipes interdisciplinares. (GALVÃO; DAVIM, 2013, p. 455; VENTURA; LAROUZE, 2015, p.610)

Considerado marco legal na atenção à saúde no contexto prisional brasileiro, porém não foi implementado de forma homogênea e simultânea em todas as unidades do sistema penitenciário e pouco aborda as questões voltadas para a saúde da mulher grávida, sendo necessário recorrer a Leis específicas para dar visibilidade às mulheres encarceradas, na tentativa de tornar concretas as ações e os serviços em saúde voltados a elas. (DIUANA *et al*, 2016, p.2046)

Em 2009 a LEP passou por alterações e a Lei 11.942 deu nova redação, assegurando à mulher gestante presa o direito ao acompanhamento médico tanto no pré-natal quanto no pós-parto, sendo esse direito extensivo ao recém-nascido. (BRASIL, 2009) E então no ano de 2014 foi instituída a Política Nacional de Atenção às Mulheres em Situação de Privação de Liberdade e Egressas do Sistema Prisional. Um significativo progresso no que se refere à saúde da mulher no sistema prisional. (DIUANA *et al*, 2016, p.2047)

A PNAMPE- Política Nacional de Atenção às Mulheres em Situação de Privação de Liberdade, amplia o olhar sobre a população prisional feminina, garante a humanização no cumprimento da pena, o direito à saúde integral e se tratando da mulher gestante, assegura que essa tenha uma maternidade protegida, com acompanhamento médico assim que descoberta a gestação, autoriza a presença de acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, proíbe o uso de algemas durante o trabalho de parto, insere a gestante na Rede Cegonha, e garante também condições mínimas estruturais, como dormitórios exclusivos para as gestantes. (BRASIL, 2014)

No que tange a assistência às gestantes, os objetivos da PNAMPE aspiram melhorar a qualidade de vida e de saúde dessas mulheres no sistema penitenciário, priorizando a assistência integral. Essa Política foi lançada logo após a publicação no Diário Oficial da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), que busca a ampliação das ações de saúde já existentes no sistema, guiados pelos princípios do respeito e valorização dos direitos humanos. (PEREIRA, 2016, p.2125)

É importante ressaltar que a PNAMPE foi instituída através da Portaria Interministerial nº 210, de 16 de janeiro de 2014, entre o Ministério da Justiça e a Secretaria de Políticas para as Mulheres da Presidência da República, chamando atenção para a não participação do Ministério da Saúde, demonstrando uma fragilidade no âmbito intersetorial dessa política. (DIUANA *et al*, 2016, p.2045)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo proporcionou compreensão acerca da eficácia e qualidade dos cuidados disponibilizados pelo enfermeiro às mulheres gestantes no sistema penitenciário, logo, identificando o valor da atuação desse profissional para essa população em questão, sua realidade e sobretudo os muitos desafios encontrados na tentativa de exercer suas funções.

Tais desafios identificados correspondem ausência de qualificação específica dos profissionais para atuar no âmbito prisional, estrutura precária e inadequada, superlotação, escassez de profissionais e recursos, até a desvalorização das atribuições do enfermeiro por parte de agentes penitenciários, o que afeta diretamente a autonomia desse profissional e compromete a assistência à saúde.

Ainda que as leis e políticas públicas assegurem condições mínimas de estrutura, acompanhamento no pré-natal e pós-parto, com assistência integral e humanizada, a realidade até então é distante, o que nos leva a consignar obrigações e expectativas na atuação do governo e das gestões em todos os seus níveis para o planejamento de projetos nos quais se idealizem novas alternativas que os recursos existentes sejam ampliados, com o intuito de controlar obstáculos de acesso à saúde dessas mulheres.

Portanto, considera-se a relevância de estudos como esse pois poderá estimular e incentivar o debate entre pesquisadores e órgãos governamentais, a fim de assegurar implementações das políticas públicas destinadas às gestantes encarceradas que sejam eficazes.

REFERÊNCIAS

ALVES, Layana Cristina; WENDRAMIN, Cassiane. **Assistência gestacional no sistema carcerário brasileiro: a necessidade de revisão desses estabelecimentos para o atendimento às mulheres encarceradas**. Anuário Pesquisa e Extensão Unoesc São Miguel do Oeste. 2019; 4: 212-27. Disponível em: <https://portalperiodicos.unoesc.edu.br/apeusmo/issue/view/379>. Acesso 20 de fev de 2020.

APOLINARIO, Fernando Henrique. **Significado atribuídos por enfermeiros à assistência que prestam a indivíduos em situação prisional**. 2013. 140 f. Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Faculdade de Medicina de Botucatu, 2013. Disponível em: <http://hdl.handle.net/11449/108572>. Acesso 20 de fev de 2020.

BARROS, Maria Alice Rodrigues et al. **Situação socioeconômica e reprodutiva de mulheres presidiárias**. Rev de Pesquisa: Cuidado é Fundamental. Piauí, 2016; 8(4):4980-4985. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.rpcf.v8.4400>. Acesso 20 de fev de 2020.

BRASIL. **Lei nº. 11.942, de 28 de maio de 2009**. Nova redação aos art 14, 83 e 89 da Lei no 7.210, de 11 de julho de 1984 – Lei de Execução Penal, para assegurar às mães presas e aos recém nascidos condições mínimas de assistência. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2009; Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Lei/L11942.htm. acesso 20 de fev de 2020.

BRASIL. **Lei nº. 7.210, de 11 de julho de 1984- Lei de Execução Penal**. Diário Oficial da União, Brasília, DF. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7210.htm. Acesso 20 de fev de 2020.

BRASIL. **Ministério da Justiça e Segurança Pública. Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias – INFOPEN Mulheres (2a ed.)**. Brasília, DF. 2018; Disponível em: http://depen.gov.br/DEPEN/depen/sisdepen/infopen-mulheres/infopenmulheres_arte_07-03-18.pdf. Acesso 20 de fev de 2020.

BRASIL. **Ministério da Justiça. Secretaria de Política para as Mulheres da Presidência da República**. Portaria Interministerial nº 210 de 16 de janeiro de 2014. Institui a Política nacional de Atenção às Mulheres em situação de Privação de

Liberdade e Egressas do Sistema Prisional. Brasília-DF, 2014;. Disponível em: http://www.lex.com.br/legis_25232895_PORTARIA_INTERMINISTERIAL_N_210_D_E_16_DE_JANEIRO_DE_2014.aspx. Acesso 20 de fev de 2020.

BRASIL. **Ministério da saúde. Cadernos de Atenção Básica. Manual do Pré-natal de Baixo Risco**, 1ª ed, série A, Brasília-DF, 2013; 32. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_32.pdf. acesso 20 de fev de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional e normas para sua operacionalização**. Brasília-DF, 2013. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/politica_nacional_saude_sistema_prisional.pdf. Acesso 20 de fev de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área técnica de Saúde no Sistema Penitenciário. **Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário**, Brasília-DF, 2004. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_pnssp.pdf. Acesso 20 de fev de 2020

CROSSETTI, Maria da Graça Oliveira. **Revisão integrativa de pesquisa na enfermagem o rigor científico que lhe é exigido**. Rev Gaúcha Enferm. Porto Alegre, 2012;33(2):8-9. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10183/94920>. Acesso 20 de fev de 2020.

DIUANA, Vilma et al. **Direitos reprodutivos das mulheres no sistema penitenciário: tensões e desafios na transformação da realidade**. Ciênc. saúde coletiva. 2016; 21(7): 2041- 2050. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232016000702041&lng=en. Acesso 20 de fev de 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015217.21632015>.

- FÉLIX, Rayane Saraiva et al. **O enfermeiro na atenção pré-natal às mulheres em sistema carcerário**. Rev enferm UFPE, Pernambuco, 2017; 11(10): 3939-47. Disponível em: <http://doi.org/10.5205/reuol.12834-30982-1-SM.1110201731>. Acesso 20 de fev de 2020.

FILHO, Augusto Cezar Antunes et al. **Assistência de enfermagem na saúde sexual e reprodutiva de mulheres reclusas: relato de experiência**. Rev. enferm.

UFPI, Piauí, 2015;4(1): 123-8. Disponível em:
<https://doi.org/10.26694/reufpi.v4i1.1714>. Acesso 20 de fev de 2020.

FOCHI, Maria do Carmo Silva et al. **Vivências de gestantes em situação de prisão**. Rev. Eletr. Enf. 2017;19. Disponível em:
<https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/46647>. Acesso 20 de fev de 2020.

DOI: <https://doi.org/10.5216/ree.v19.46647>

FOCHI, Maria do Carmo Silva et al. **Pré-natal em unidade básica de saúde a gestantes em situação prisional**. Rev. RENE. 2014;(15)2: 371-377. Disponível em: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.2014000200023>. Acesso 20 de fev de 2020.

GALVÃO, Mayana Camila Barbosa; DAVIM, Rejane Marie Barbosa. **Ausência de assistência à gestante em situação de cárcere penitenciário**. Cogitare enferm. 2013;(18(3):452-9. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v18i3.33554>. Acesso 20 de fev de 2020.

LERMEN, Helena Salgueiro et al. **Saúde no cárcere: análise das políticas sociais de saúde voltadas à população prisional brasileira**. Physis. 2015;25(3): 905-924. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312015000300905&lng=pt. Acesso 20 de fev de 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/S010373312015000300012>.

OLIVEIRA, Adilza dos Santos. **O papel do enfermeiro na assistência ao pré-natal de baixo risco**. [Especialização em Saúde da Família]. Instituto de Educação a Distância, Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, São Francisco do Conde; 2018. Disponível em: <http://repositorio.unilab.edu.br:8080/jspui/handle/123456789/1083>. Acesso 20 de fev de 2020.

PEREIRA, Éverton Luís. **Famílias de mulheres presas, promoção da saúde e acesso às políticas sociais no Distrito Federal**. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, 2016; 21(7): 2123-2134. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000702123&lng=en&nrm=iso. Acesso 20 de fev de 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015217.16792015>.

PEREIRA, Tatiane Guimarães. **Atitudes e intervenções de profissionais que atuam junto a mulheres grávidas ou com bebês em contexto prisional**. 2015. Dissertação (Mestrado em Saúde Materno Infantil) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015. DOI: <http://doi.org/10.11606/D.6.2015.tde-30042015-115515>. Acesso 20 de fev de 2020.

SANTANA, Júlio Cesar Batista; ANDRADE, Fernanda Cristina. **Percepção da Equipe de Enfermagem Acerca da Assistência à Saúde no Sistema Prisional.** Rev Fund Care Online. 2019; 11(05): 1142-1147. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/6859>. Acesso 20 de fev de 2020.

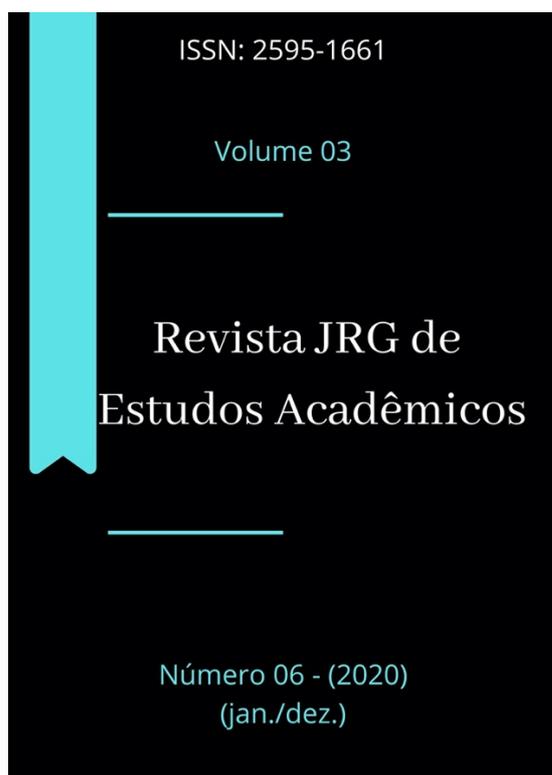
SOARES, Cassia Baldini et al. **Revisão integrativa: conceitos e métodos utilizados na enfermagem.** Rev. esc. enferm. USP, São Paulo, 2014; 48(2): 335-345. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342014000200335&lng=en. Acesso 20 de fev de 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420140002000020>

SOUZA, Geovana Camelo; CABRAL, Karina Dyanna Salvador; SALGUEIRO, Cláudia Daniele Barros Leite. **Reflexões sobre a assistência em enfermagem à mulher encarcerada: um estudo de revisão integrativa.** Arq. Cienc. Saúde UNIPAR. 2018; 22(1): 55-62. Disponível em: <https://doi.org/10.25110/arqsaude.v22i1.2018.6240>. Acesso 20 de fev de 2020.

SOUZA, Marcela Tavares; SILVA, Michelly Dias; CARVALHO, Rachel. **Revisão integrativa: o que é e como fazer.** Einstein (São Paulo), São Paulo, 2010; 8(1): 102-106. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-45082010000100102&lng=en. Acesso 20 de fev de 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/s1679-45082010rw1134>.

VALIM, Edna Maria Alves; DAIBEM, Ana Maria Lombardi; HOSSNE, William Saad. **Atenção à saúde de pessoas privadas de liberdade.** Rev. Bioét., Brasília, 2018; 26(2): 282-290. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198380422018000200282&lng=pt. Acesso 20 de fev de 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-80422018262249>.

VENTURA, Miriam; SIMAS, Luciana; LAROUZE, Bernard. **Maternidade atrás das grades: em busca da cidadania e da saúde. Um estudo sobre a legislação brasileira.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2015;31(3): 607-619. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2015000300607&lng=pt. Acesso 20 de fev de 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00092914>.



Tramitação Editorial:

Data de submissão (recebimento):
01/01/2020.

Data de reformulação:
10/02/2020

Data de aceitação (expedição de carta de
aceite): 01/03/2020

Data de disponibilização no site
(publicação): 20/03/2020

Publicado: 2020-06-12

A ASSISTÊNCIA À GESTANTE COM CÂNCER: O PAPEL DA EQUIPE DE ENFERMAGEM

ASSISTANCE TO PREGNANT CANCER: THE ROLE OF THE NURSING TEAM

Deiriane Pereira da Silva¹
Mayara Cândida Pereira²

Resumo

Objetivo: Descrever qual é o papel do enfermeiro diante da gestante com câncer. **Método:** Trata-se de uma revisão de literatura através de publicações científicas extraídas das bases de dados LILACS, SCIELO e BVS, através dos seguintes descritores DECS: Neoplasias; Gravidez; Educação em enfermagem; Cuidados de Enfermagem; Enfermagem Oncológica. Os critérios de inclusão foram: materiais publicados entre os anos de 2015 a 2020, escritos na língua portuguesa e que abordem o tema da pesquisa. Os critérios de exclusão foram: materiais publicados antes de 2015, escritos em outro idioma e que fizeram fuga ao tema. **Resultados:** Analisou-se 14 foram selecionadas por atenderem aos critérios de inclusão estabelecidos previamente na metodologia. **Conclusão:** Os enfermeiros devem dar atenção especial às gestantes, mostrando-se atentos à qualquer alteração detectada neste período

¹ Graduanda em Enfermagem pela Universidade Paulista UNIP. Orcid: [HTTPS://orcid.org/0000-0002-6073-6402](https://orcid.org/0000-0002-6073-6402)

² Graduada em Enfermagem pela Anhanguera Educacional - Anápolis GO. Doutoranda em Gerontologia pela Universidade Católica de Brasília-DF, Mestre em Gerontologia e Especialista em Saúde Pública. Atualmente é Coordenadora do Curso de Enfermagem da Universidade Paulista - UNIP campus Brasília - DF; Consultora Ad Hoc da Revista de Divulgação Científica Sena Aires; avaliadora de cursos pelo INEP/MEC e colaboradora dos processos éticos de enfermagem do COREN-DF. Tem experiência na área de enfermagem, com ênfase em saúde pública, gerontologia e ética profissional. Além disso, tem experiência em gestão acadêmica de ensino superior. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-0242-6262>

pois, em muitos casos, os cuidados pré-natais se constituem no único contato que uma mulher em idade reprodutiva tem com o serviço de saúde. É de fundamental importância que o profissional de enfermagem esteja sempre atualizado acerca do câncer, tendo em vista que este ainda continua a ser um dos grandes vilões envolvidos na morte entre as mulheres. Além disso, o enfermeiro, inserido no cuidado direcionado à mulher, em todos os níveis de atenção, necessita implementar estratégias que intensifiquem ações de prevenção e detecção precoce do câncer, sobretudo no período gestacional.

Palavras-chave: Câncer. Gestação. Enfermagem. Neoplasia.

Abstract

Objective: To describe the role of nurses in pregnant women with cancer. **Method:** This is a literature review through scientific publications extracted from LILACS, SCIELO and VHL databases, through the following DECS descriptors: Neoplasms; Pregnancy; Nursing education; Nursing Care; Oncology Nursing. The inclusion criteria were materials published between 2015 and 2020, written in Portuguese and addressing the theme of the research. Exclusion criteria were: materials published before 2015, written in another language and leaving the subject. **Results:** We analyzed 14 were selected because they met the inclusion criteria previously established in the methodology. **Conclusion:** Nurses should pay special attention to pregnant women, being aware of any change detected in this period because, in many cases, prenatal care is the only contact that a woman of reproductive age has with the health service. It is of fundamental importance that nursing professionals are always up to date on cancer, considering that it still remains one of the great villains involved in death among women. In addition, nurses, inserted in care directed to women, at all levels of care, need to implement strategies that intensify actions for prevention and early detection of cancer, especially during pregnancy.

Keywords: Cancer. Pregnancy. Nursing. Neoplasm.

INTRODUÇÃO

A gravidez é uma condição necessária à sobrevivência da espécie humana e renovação geracional. Em média, sua duração é de 40 semanas, tempo necessário à formação de um novo ser, terminando com o parto, período no qual a mulher passa por profundas alterações físico e psicológicas.¹

O câncer associado a gravidez é o câncer diagnosticado durante a gestação ou até 12 meses após o nascimento do bebê.^{2,3,4,5,6} O período gestacional proporciona grande oportunidade para o diagnóstico de câncer, devido à atenção mais minuciosa dada à mulher no período pré-natal.⁷

Embora seja um fenômeno raro, com a gravidez ocorrendo em idades cada vez mais tardias, tem-se observado o aumento na incidência de casos de diagnóstico de câncer neste período, sobretudo nos países desenvolvidos e em desenvolvimento.⁸

O diagnóstico e tratamento do câncer durante a gestação é algo difícil e desafiador, gerando angústia não só para a gestante, pela coexistência de sensações de vida e morte, mas a toda sua família e aos profissionais de saúde.⁹

Suscita-se um dilema entre a escolha da terapia ideal para a mãe, portadora de câncer, e o bem-estar fetal. Em geral, as diretrizes para conduta são baseadas em dados de poucos estudos retrospectivos ou série de casos com segmento limitado. Somente mais recentemente vem ocorrendo o aumento no número de publicações científicas acerca do tema.²

Em geral, são os profissionais de enfermagem que surgem como primeira porta de acesso para a puérpera que busca informações e saneamento de dúvidas, por este profissional atuar tanto na esfera da atenção primária quanto na secundária. Ao acompanhar um caso de neoplasia sua responsabilidade é ainda maior, por ter de tomar decisões que envolvem questões bioéticas e por ser necessário consultas e avaliações frequentes e acompanhamento detalhado e minucioso de exames.¹⁰

Contudo, devido à escassez da literatura acerca do tema, os profissionais de saúde são desprovidos, de uma forma geral, de experiências e/ou treinamento para lidar com a situação.⁹

Assim, observa-se a importância de se estudar a doença e seus impactos na gestação, no sentido de sensibilizar acadêmicos, profissionais de saúde, gestores públicos e comunidade para esta problemática.

Neste sentido, o presente trabalho visa responder ao seguinte problema: “Quais são as implicações relacionadas à assistência à gestante com câncer e qual a importância do papel desempenhado pela equipe de enfermagem?”

O objetivo geral do presente estudo é: Descrever qual é o papel do enfermeiro diante da gestante com câncer. Os objetivos específicos, por sua vez, são abordar de que maneira é manifestada o câncer na gestação e os tipos de tratamento.

MÉTODO

Efetou-se revisão de literatura. Para isso, consultou-se publicações científicas extraídas das bases de dados: BVS Brasil, LILACS e SCIELO. Utilizou-se os seguintes Descritores em Ciências da Saúde (DECS): Neoplasias; Gravidez; Educação em enfermagem; Cuidados de Enfermagem; Enfermagem Oncológica.

Foram considerados critérios de inclusão: materiais publicados entre 2015 a 2020, publicados na língua portuguesa com abordagem temática que se enquadre com a presente pesquisa. Os critérios de exclusão foram os seguintes: materiais com publicação anterior ao ano de 2015, publicados em outro idioma (que não o português) e que fizeram fuga ao tema.

A seleção dos artigos realizou-se após refinamento pelo critério de relevância, mediante leitura dos resumos das publicações disponibilizadas nas bases de dados supra citadas. Efetuou-se posterior leitura dos artigos completos, permitindo-se identificar a relevância do estudo em relação ao tema proposto e identificação do problema.

A revisão de literatura foi elaborada a partir de uma abordagem qualitativa, (pesquisa qualitativa), que se constitui no processo de reflexão e análise da realidade mediante a utilização de métodos e técnicas específicas que tornaram possível a compreensão detalhada do objeto de estudo dentro de seu contexto histórico e/ou segundo sua estruturação. Possui caráter descritivo.¹¹ Inicialmente foram analisadas 25 produções científicas, das quais 14 atenderam aos critérios estabelecidos.

RESULTADOS

Na Tabela 1 encontram-se descritos dados de todas as 14 produções selecionadas, com o título da publicação nome do(s) autor(es), objetivo(s), resultado(s) e ano de publicação.

Tabela 1 – Publicações localizadas, segundo o tema: “A assistência à gestante com câncer: o papel da equipe de enfermagem”.

	TÍTULO	AUTOR (ES)	OBJETIVOS	RESULTADOS	ANO
ART. Nº1	Repercussão do tratamento das neoplasias durante a gestação	Rodrigues et al.	Relatar as principais repercussões do câncer diagnosticado no período gestacional?	Os profissionais de saúde, em especial o enfermeiro, devem ter uma atenção especial com as gestantes, estando atento para qualquer alteração detectada no período gestacional, contribuindo, assim, no controle da doença, por meio de ações de promoção da saúde, prevenção e detecção precoce dos agravos. O tratamento do câncer no período gestacional deve ser feito com cautela, avaliando cada caso, com o intuito de garantir uma maior sobrevida aos seres envolvidos.	2016
ART. Nº2	Cuidados da equipe de enfermagem para o controle e prevenção do câncer de mama.	Braga et al., 2017.	Relatar os cuidados de enfermagem para controle prevenção do câncer de mama.	O enfermeiro, na APS, tem papel fundamental na detecção precoce do câncer de mama, bem como o desenvolvimento de atividades educativas com o objetivo de esclarecer a população sobre os sinais e sintomas do câncer de mama, fatores de risco e prevenção.	2017

ART. Nº3	Orientações de enfermagem para enfrentamento do câncer de mama na gravidez.	Braga et al., 2017.	Saliendar os sentimentos de grávidas em tratamento de câncer, evidenciar a relevância da assistência terapêutica de enfermagem e propor o desenvolvimento de uma estratégia ou programa voltado à saúde física e mental desse grupo de mulheres que são tão especiais quanto qualquer um outro grupo assistido pela atenção pública.	Evidenciar os sentimentos de uma gestante em tratamento de neoplasia é de fundamental relevância para que se possa traçar alternativas de como resgatar a autoestima e a qualidade de vida dessa mulher. Tão importante quando a doença são as consequências psicológicas as quais sofrem essas gestantes. De início o susto, posteriormente sensações de angústia, desespero, desesperança, abandono, isolamento e dentre outras. Assim, faz-se necessário ter uma visão holística dessas mulheres, tendo em vista que qualquer palavra ou ação pode modificar sua vida e seus sentimentos.	2017
ART. Nº4	Câncer de mama na gestação tardia	Fontes et al., 2017.	Conhecer as evidências disponíveis na literatura sobre a associação entre câncer de mama e gestação.	Na maioria dos casos de câncer de mama no período gestacional é desnecessária a interrupção da gravidez, já que o tratamento contra o câncer de mama, apesar de exigir alguns cuidados, trazem os mesmos resultados para mulheres grávidas e não grávidas. É preciso aguardar até o segundo trimestre para realizar a quimioterapia e podendo realizar a cirurgia em todos os trimestres da gestação, sem causar danos ao feto. Já a radioterapia pode ser indicada após o parto, necessitando a suspensão da amamentação, devido aos danos gerados pela radiação.	2017
ART. Nº5	Repercussões materno-fetais decorrentes da quimioterapia no tratamento do câncer de mama durante a	Pinto et al. 2017.	Identificar os estudos que descrevem as repercussões materno-fetais decorrentes da quimioterapia no tratamento do câncer de mama durante a gestação.	As repercussões materno-fetais identificadas foram: malformação, oligoâmnio, prematuridade, abortamento, mielossupressão, restrição de crescimento intrauterino, alteração respiratória, baixo peso ao nascer, pré-eclampsia, cardiotoxicidade materna, óbito neonatal e sangramento vaginal.	2017

	gestação: revisão integrativa.				
ART. Nº6	Implicações psicossociais relacionadas à assistência à gestante com câncer: percepções da equipe de saúde	Costa e Souza (2018)	Identificar reações emocionais, estratégias utilizadas na tomada de decisão e percepção sobre o trabalho em equipe de profissionais da saúde durante a assistência às gestantes com câncer.	A equipe tende a ter dificuldades emocionais ao longo da assistência às gestantes com câncer, o que poderia ser minimizado caso recebessem treinamento para lidar com momentos de comunicação difícil e para trabalhar em equipe multidisciplinar.	2018
ART. Nº7	Exame citopatológico do colo do útero: investigação sobre o conhecimento, atitude e prática de gestantes.	Rosa et al., 2018	Verificar o conhecimento, a atitude e a prática das gestantes atendidas na Estratégia Saúde da Família sobre o exame citopatológico do colo do útero.	As gestantes apresentaram percentual de conhecimento, atitudes e práticas inadequado sobre o exame citopatológico. Houve associação significativa de algumas variáveis com a prática das gestantes em relação ao citopatológico do colo uterino (exame pode ser realizado durante a gestação, $p=0,030$, motivo pelo qual faria o exame estando grávida, $p=0,043$).	
ART. Nº8	Câncer do colo do útero na gravidez	Boldrini et al., 2019	Discutir o diagnóstico e tratamento do câncer do colo do útero com base no estágio da doença, incluindo atenção a questões de fertilidade e qualidade de vida	O diagnóstico e o tratamento do câncer do colo do útero na gravidez é difícil e desafiador, pois geram angústia para a gestante, sua família e aos profissionais de saúde.	2019
ART. Nº9	Câncer de mama na gestação: abordagem diagnóstica e terapêutica	Silva et al., 2018	Realizar abordagem diagnóstica e terapêutica do câncer de mama na gestação.	A apresentação típica do câncer de mama na gestação é a mesma de mulheres não grávidas: massa indolor e palpável. O sucesso no manejo do câncer de mama na gestação depende do diagnóstico e do tratamento adequado. As decisões terapêuticas devem ser individualizadas das, levando em conta a idade gestacional no momento do diagnóstico, o estágio da doença e as preferências da paciente.	2018
ART. Nº10	Tratamento do câncer de colo do útero em gestantes	Lelis et al., 2019	Descrever sobre o tratamento do câncer de colo do útero durante o período gestacional. e a dificuldade enfrentada pelos profissionais da saúde	Demonstrou-se para os profissionais da enfermagem como é difícil acompanhar a gestante durante a fase de decisão do tratamento e depois o momento de adesão a ele. Estes profissionais precisam estar preparados para orientar e acalmar a gestante junto a sua família que terá sentimento de medo, perda, dor e sofrimento. Considera-se, portanto, que a enfermagem demonstrou grande importância no acompanhamento, bem como nas intervenções para os pacientes em estudo.	2019
ART. Nº11	Enfrentamento da mulher com diagnóstico de câncer no período gestacional	Lima et al., 2019	Identificar evidências do enfrentamento da mulher frente ao diagnóstico e tratamento do câncer durante a gestação.	O enfermeiro tem papel relevante na prevenção e detecção precoce do câncer no período gestacional por atuar diretamente na assistência ao pré-natal. Notou-se o despreparo desse profissional na assistência às gestantes, ao que concerne seu papel de educador em saúde, que deveria oportunizar o ensino do pré-natal para orientá-las quanto à importância do exame clínico e autoexame das mamas e da realização da colpocitologia; denotando uma melhor apropriação do conhecimento científico e comprometimento ético e profissional junto à população que assiste, no intuito de minimizar os riscos à saúde materna e otimizar a sobrevivência do feto.	2019

ART. Nº12	O câncer de mama e a gestação. Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento	Maia et al., 2019	Descrever os impactos do tratamento do câncer de mama nas gestantes.	Dificuldades no tratamento, angústia e medo são os impactos predominantes que o tratamento para o câncer de mama gera nas mulheres grávidas devido à dificuldade de aceitação por parte da paciente diante à enfermidade e a falta de apoio familiar.	
ART. Nº13	Diagnóstico de câncer durante a gestação: uma revisão integrativa	Brito et al., 2020	Realizar uma revisão integrativa da literatura dos últimos cinco anos quanto condutas relacionadas ao diagnóstico de câncer durante a gestação.	Há evidências que a gestação não acelera a evolução do câncer, estando o mau prognóstico relacionado ao estadiamento tardio do tumor. Ainda, os estudos reforçam a importância do diagnóstico precoce, o qual pode contribuir para a melhoria do prognóstico de mulheres com câncer na gravidez. Assim, frisa-se o papel de uma equipe multidisciplinar direcionada ao diagnóstico precoce.	2020
ART. Nº14	Gestante com diagnóstico de câncer de mama: prevenção, diagnóstico e assistência	Prado et al., 2020	Descrever as evidências disponíveis na literatura sobre a prevenção, diagnóstica e prognóstica de câncer de mama associado à gravidez.	A detecção precoce pela Atenção Primária a Saúde é de extrema importância para prevenção de doenças como o câncer de mama, usando o enfermeiro como um agente de mudança para aproximar a usuária com o sistema de saúde, sendo o responsável pela detecção precoce por meio de exames preventivos durante o pré-natal. Uma assistência integral de enfermagem exige o conhecimento de sua clientela para uma promoção, prevenção e reabilitação da saúde dos seus pacientes visando à participação da mulher e familiares na decisão do tratamento e conduta da gestação.	2020

Fonte: Elaborado pela autora.

DISCUSSÃO

Com o intuito de aperfeiçoar o entendimento do leitor as discussões acerca da literatura pesquisada foram sistematizadas em 3 eixos do saber a seguir:

1 Papel desempenhado pela equipe de enfermagem relacionado à assistência à gestante com câncer (tanto na saúde pública quanto na saúde privada)

O câncer é uma doença avassaladora, sobretudo, quando ocorre no período gravídico e puerperal, por promover maior fragilidade e angústia para a gestante e para sua família, ao mesmo tempo que impõem inúmeros desafios e anseios aos profissionais de saúde devido, sobretudo, ao conflito gerado pela escolha entre o tratamento ideal para a mãe e a sobrevivência do feto.⁶

O avanço tecnológico, aliado às múltiplas alternativas de cuidado puerperal vem dando destaque à enfermagem, como profissão responsável por orientar e dar

os primeiros subsídios emocionais à mulher.¹⁰ Lidar com a situação de câncer associado à gravidez é bastante complexo por gerar comoção não só nas grávidas e seus familiares, como também nos profissionais de saúde envolvidos.^{4,5}

Devido às diversas funções atribuídas à equipe de enfermagem que atua nos cuidados junto às gestantes com câncer, inúmeras reações emocionais, com implicações psicossociais podem ser desencadeadas nestes profissionais.¹

De fato, os profissionais de saúde que acompanham a gestante durante todo o processo de diagnóstico e tratamento da neoplasia precisarão lidar com questões éticas relacionadas aos riscos ao feto e à grávida, bem como o desejo da mulher e de seus familiares de lidar com o problema^{4,5}, incluindo a decisão de interrupção imediata, da espera pela maturidade fetal ou pelo atraso intencional do tratamento da neoplasia. Neste sentido, qualquer decisão tomada deve considerar o desejo da paciente, a idade gestacional, o tipo de estadiamento do câncer, os efeitos de tratamento⁸, bem como os aspectos religiosos, éticos, científicos, psicológicos e legais relacionados à terapêutica, decisão esta tomada em comum acordo com a gestante e seus familiares.^{4,5}

Apesar da complexidade da situação, é muito importante que o profissional de enfermagem ofereça o suporte necessário a estas mulheres por meio de uma assistência terapêutica eficaz, minimizando, assim, suas angústias e aproximando-as do serviço de saúde.⁵

Entre as diversas tarefas relacionadas ao câncer, desempenhadas por este profissional, destacam-se o exame clínico das mamas e o exame citopatológico, enfatizados durante o pré-natal.¹²

Os enfermeiros devem dar atenção especial às gestantes, mostrando-se atentos à qualquer alteração detectada neste período pois, em muitos casos, os cuidados pré-natais se constituem no “único contato que uma mulher em idade reprodutiva tem com o serviço de saúde”. Ademais, a detecção precoce contribui para o controle da doença e para prevenção de agravos,⁷ ao passo que o retardamento da identificação de sinais atrasam o diagnóstico reverberando na sobrevida global destas pacientes.³

No entanto, muitas vezes, o profissional de enfermagem esbarra em alguns conflitos, como a dificuldade para realização do diagnóstico de neoplasia durante a gestação. Um exemplo disso, é a desinformação da importância do exame de coleta

ectocervical e do exame das mamas, recomendados pelo Ministério da Saúde em qualquer fase da gestação.⁶

Em consonância a esta problemática, Brito (et al., 2020), por meio de revisão sistemática de literatura, apresenta estudos que apontam inúmeras dificuldades para o diagnóstico do câncer no período gestacional/puerperal, tais como a não incorporação da prática do autoexame das mamas como um cuidado pré-natal; o desconhecimento da necessidade da realização do exame citopatológico durante a gravidez e após o pré-natal, por parte das gestantes; e o fato das grávidas não receberem orientações acerca da necessidade dos exames preventivos durante o pré-natal.³

Tais fatos, denotam a importância da necessidade de revisão de postura profissional dos profissionais de saúde envolvidos no processo, que não devem restringir o atendimento à avaliação do processo gravídico, pois isso pode culminar em sérias consequências à saúde dessas mulheres.⁶

Pelo fato de a enfermagem consistir no principal meio de acesso de um indivíduo a qualquer tipo de especialidade médica, é comum que gestantes que se encontram em tratamento quimioterápico busquem neste profissional orientações, esclarecimento de dúvidas e transmissão de segurança para o momento tão delicado e sublime que atravessam em suas vidas. Por outro lado, é comum às mulheres que se descobrem com alguma neoplasia na gravidez frustrarem-se com os serviços de saúde e reclamarem acerca da ausência de informações e conhecimentos sobre estratégias voltadas à doença.¹⁰

Por este motivo, é de extrema importância que o profissional de enfermagem mantenha-se sempre atualizado acerca do câncer, uma vez que esta doença continua a ser um dos grandes vilões envolvidos em morte entre as mulheres. É importante, ainda, que o enfermeiro execute ações de educação em saúde, no sentido de deixar a população mais esclarecida acerca do assunto⁷ uma vez que o encaminhamento de casos com baixo risco de câncer para serviços especializados em diagnóstico resulta no atraso de pacientes com maior possibilidade de diagnóstico positivo, podendo impactar no prognóstico. O encaminhamento excessivo (ou falso-positivo) pode, ainda, resultar em erros médicos, devido ao excesso de investigação diagnóstica desnecessária.¹³

Com relação aos encaminhamentos, a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer, estabelecido pela Portaria 874 de 2013 determina o cuidado

integral ao usuário de forma regionalizada e descentralizada. Estabelece, ainda, que o tratamento voltado ao câncer deve ser realizado em estabelecimentos de saúde habilitados como Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (Unacon) ou Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (Cacon).¹⁴ Tais estabelecimentos devem observar as exigências da Portaria 140/2014, e atuar no diagnóstico, estadiamento e tratamento do câncer¹⁵.

Atualmente, o Brasil conta com 317 unidades e centros de assistência habilitados no tratamento do câncer, sendo que cada estado possui, ao menos, um hospital habilitado em oncologia, no qual o paciente com câncer encontrará desde um exame até cirurgias mais complexas, cabendo às secretarias estaduais e municipais de saúde organizar o atendimento dos pacientes, definindo para quais hospitais os pacientes, que necessitam entrar no sistema público através do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da Rede de Atenção Básica deverão ser encaminhados¹⁶.

No caso dos indivíduos que possuem convênios de saúde privados, estes possuem a obrigatoriedade de conseguir uma consulta para o paciente com câncer no de prazo máximo de um mês. Desta forma, ao apresentar sintomas, o indivíduo deve encaminhar-se a um ambulatório de um hospital na rede de cobertura de seu plano ou marcar uma consulta com um médico desta mesma rede¹⁷.

Após a consulta, é preciso que o médico peça autorização ao convênio para a realização dos exames, tendo as empresas, de uma forma geral, um prazo de até cinco dias úteis para autorizá-lo, podendo o prazo estender-se por mais cinco dias, caso a empresa peça “informações adicionais”. Após os exames, o convênio ainda precisará aprovar o tratamento indicado ao paciente, o que leva, em média, até duas semanas. Após a aprovação, o paciente pode começar o tratamento imediatamente.¹⁷

Em geral, os convênios nunca cobrem a compra de medicamentos orais, visto a não exigência da Agência Nacional de Saúde (ANS) a respeito deste aspecto. Muitos destes medicamentos chegam a custar R\$ 15 mil por mês. Nos casos em que o paciente não tenha como arcar com estes custos, ele pode requerê-los gratuitamente pelo SUS, entrando com um processo na Justiça. Em geral o processo dura até um mês e costuma ser favorável ao paciente.¹⁷

De tudo o que foi dito, portanto, fica clara a importância de se capacitar os profissionais de saúde, em especial, os de enfermagem, quanto à importância dos procedimentos da rotina pré-natal voltado ao diagnóstico de neoplasias, bem como da necessidade de exames mais apurados, diagnóstico precoce e maior

acompanhamento psicológico de mulheres com diagnóstico de câncer na gestação. Além disso, o enfermeiro, inserido no cuidado direcionado à mulher, em todos os níveis de atenção, necessita implementar estratégias que intensifiquem ações de prevenção e detecção precoce do câncer, sobretudo no período gestacional.³

2 Câncer na gestação e tratamento

Câncer é a forma genérica pela qual é conhecida a patologia que agrupa mais de 100 doenças. Caracteriza-se pelo crescimento desordenado das células que invadem um órgão ou tecido, podendo gerar metástase para outras regiões do organismo.^{5,6} Constitui-se em um problema de saúde pública com grande relevância epidemiológica tendo em conta os altos níveis de mortalidade registrados¹⁰ e a reverberação dos impactos sociais e psicológicos ocasionados pelos medos e tabus que cercam esta doença.³

São diversos os fatores causadores do câncer, sendo eles externos, como os fatores culturais, ambientais, socioeconômicos e comportamentais (sobrepeso e obesidade, tabagismo e exposição a radiações ionizantes); ou internos, como as condições genéticas e o processo natural de envelhecimento.⁵

Não há consenso na literatura acerca da incidência do câncer durante a gravidez. Por um lado, este é apontado como um acontecimento incomum, e por outro lado como uma incidência que vem aumentando devido ao fato de as mulheres adiarem cada vez mais a gravidez, de forma que esta ocorre concomitantemente a idade na qual os riscos de se contrair câncer são mais elevados.⁵ Além disso, as mudanças de vida ocorridas no estilo de vida da mulher, tais como as duplas jornadas de trabalho (em casa ou no trabalho), têm contribuído para a decisão pelo adiamento da gestação para a terceira e/ou quarta décadas de vida, mudança essa, atribuída a uma possível causa do aumento dessa problemática entre as gestantes.¹⁸

Nas sociedades desenvolvidas, a estimativa da incidência de câncer durante a gravidez é de um caso de câncer para 1.000 gravidezes.¹⁹

Os tipos de câncer mais comuns durante a gravidez, de acordo com o Ministério da Saúde (MS) são: o câncer no colo do útero, sendo por isso de extrema importância que seja priorizado durante a gestação o exame preventivo cêrvico; o câncer de mama, com incidência de um caso para 3.000 partos, sendo os piores resultados relacionados ao atraso no diagnóstico e no tratamento às alterações fisiológicas da

mama durante o período gestacional, devido ao mascaramento dos sintomas e atraso do diagnóstico. Os menos comuns, por sua vez, são o câncer de ovário, variando de 1:81 a 1:8000 gestações; o câncer endometrial, o qual é raro, apresentando apenas 29 descritos na literatura; e o tubário, o qual é raro, apresentando apenas 1 caso descrito na literatura.¹²

Tanto o diagnóstico quanto o tratamento do câncer na gravidez se constituem em verdadeiros desafios devido aos sinais clínicos da doença serem, em geral, mascaradas pelas alterações fisiológicas da gravidez.^{3,8}

O diagnóstico do câncer de mama, por exemplo, é dificultado devido à hipertrofia, hipervascularização e ingurgitamento do seio. A vascularização aumentada dificulta a identificação de nódulos, bem como o aumento das mamas e a produção e armazenamento do leite.²⁰ Além disso, a própria conduta investigativa e de estadiamento comumente é menos invasiva, sendo composta por exames que não causem danos ao feto.³

Apesar das modificações comuns no seio durante a gravidez, o autoexame das mamas não encontra contra-indicação neste período, devendo ser realizado sempre que a mulher se sentir confortável, valorizando a descoberta de qualquer alteração mamária.¹⁹

No que diz respeito aos exames diagnósticos, a mamografia não é indicada no ciclo gestacional devido ao fato das mamas dessas mulheres estarem alteradas fisiologicamente devido à repercussão hormonal da gravidez. Neste sentido, a ultrassonografia se mostra mais eficaz.²⁰

Preconiza-se, durante a gravidez, o exame de Papanicolau, o qual possibilita a detecção precoce de células anormais precursoras do câncer. Nas gestantes, a coleta deve ser feita na ectocérvice, uma vez que devido aos altos níveis hormonais, durante a gestação, é mais frequente encontrar-se a junção escama colunar para fora do limite anatômico do colo uterino, de forma a se conseguir uma amostra satisfatória.⁴

Como as características fundamentais do exame colposcópico não diferem entre pacientes grávidas e não grávidas, é importante que os esfregaços de Papanicolau suspeito sejam encaminhados a um serviço de colposcopia para serem analisados por médicos experientes e familiarizados com as alterações fisiológicas do colo do útero durante a gravidez.² O exame pode ser solicitado, preferencialmente, até o sétimo mês de gestação.²¹

No caso das portadoras de câncer no ovário, a maioria das mulheres não apresentam sintomas, o que dificulta o diagnóstico. Contudo, a utilização rotineira e

precoce do exame ultrassonográfico durante a gravidez eleva a taxa de detecção de massas anexiais ainda nos estágios iniciais, o que possibilita elevadas taxas de cura.⁸

No próximo tópico, iremos tratar acerca dos tratamentos do câncer durante a gravidez, considerando a melhor terapêutica para cada período gestacional.

3 Tratamento do câncer durante a gravidez

Quando a doença oncológica ocorre concomitantemente à gravidez, esta dificulta na tomada de decisão acerca do tratamento a ser prescrito, tendo em vista os riscos tanto para mãe quanto para o feto. Neste sentido, a conduta a ser tomada nas mulheres grávidas com diagnóstico de câncer precisa ser discutida em reuniões multidisciplinares compostas por especialistas diversos (obstetras, oncologistas, cirurgiões, pediatras e psicólogos).⁴

A mulher diagnosticada com câncer durante a gestação deve ser considerada gestante de alto risco e, portanto, deve receber acompanhamento pré-natal especializado.^{3,5} São indicados, durante toda a gestação, o monitoramento fetal regular com ultrassom morfológico e o Doppler da artéria umbilical.²

O tratamento do câncer durante a gravidez irá depender da idade gestacional. Se diagnosticado no primeiro trimestre, em geral é tratado sem considerar a gestação; no segundo semestre é preciso considerar a individualidade da gestante; e no terceiro e último trimestre, é preciso guardar a viabilidade fetal, interromper a gestação por cesariana e tratar a doença imediatamente.¹² Os procedimentos cirúrgicos precisam ser menos invasivos e preservadores da fertilidade.²

Embora a evolução da radioterapia e da quimioterapia desempenhem um relevante papel na cura do câncer, ambas podem gerar efeitos sobre o feto. A radioterapia, caso seja realizada durante implantação do ovo (entre 1 a 14 dias), pode culminar na morte do blastocisto. No período de organogênese (2 a 12 semanas) a medicação atinge seu efeito teratogênico máximo, sobretudo no período embrionário (4^a a 8^a semana), podendo provocar o abortamento ou malformações graves. Entre a 12 e a 40^a semana, a radioterapia pode ocasionar no retardo de crescimento, lesões oculares, alterações comportamentais e/ou cognitivas e microcefalia. No período que corresponde ao segundo e terceiro trimestres, a radioterapia pode induzir o desenvolvimento de tumores sólidos e leucemias durante a primeira década de vida.⁹

Assim sendo, a gravidez se constitui em uma das poucas contraindicações absolutas ao uso de radioterapia em virtude dos potenciais efeitos teratogênicos e até letais ao feto. Pelo fato de a radioterapia ser um agente cancerígeno conhecido, existe, ainda, uma preocupação quanto a indução de malignidade em fetos expostos, sendo a mais comumente associada a leucemia.²²

Neste sentido, nos casos em que o tratamento radioterápico não puder ser postergado, é preciso considerar-se tratamentos alternativos, ou o que se mostrar mais viável entre a indução do abortamento e a maturação pulmonar fetal seguida da interrupção da gravidez.⁸

A quimioterapia, por sua vez, por atingir células que dividem-se mais rapidamente, por atravessar a barreira placentária, pode atingir o desenvolvimento fetal, sobretudo no período da organogênese, podendo causar efeitos teratogênicos ao feto. Seu uso deve ser interrompido 3 a 4 semanas antes do trabalho de parto, a fim de evitar que mãe e feto sofram trombocitopenia.⁹

O impacto adverso sobre o feto depende, ainda, do tipo que quimioterápico utilizado. Os alquilantes, como os antimetabólitos, o metotrexato e a ciclofosfamida, estão associados aos maiores riscos e às maiores taxas de malformações quando administrados nos três primeiros meses de gravidez.⁸

A literatura aponta que, devido ao fato de a droga utilizadas na quimioterapia ter grande chance de ser transmitida ao bebê pelo leite materno, aumentando o risco de sequelas, seu uso deve ser interrompido neste período.^{4,5}

No caso do câncer de mama associado à gravidez, a cirurgia é o tratamento de primeira linha, podendo ser realizada com segurança em qualquer estágio com complicações mínimas, embora alguns cirurgiões prefiram esperar o fim do primeiro trimestre a fim de evitar o risco de aborto espontâneo maior no início da gravidez, e evitem o terceiro trimestre, pelo risco aumentado de parto prematuro pelo estresse devido à cirurgia.²² Com relação à anestesia, esta é considerada segura durante a gravidez, não elevando o risco de anomalias congênitas.⁸

A respeito do câncer de mama durante a gravidez, se constituem como principais técnicas de tratamento: 1. Cirurgia conservadora da mama ou quadrantectomia, que é a retirada parcial da mama e a ressecção do tumor, com dissecação dos nódulos linfáticos com ou sem a realização da radioterapia; e 2. Mastectomia, que abrange excisão do tecido mamário, sendo indicada nos casos em que o risco de recorrência local é aumentado pelo tamanho do tumor.⁵

Durante a cirurgia, a paciente deve ser colocada em decúbito lateral esquerdo (a 15° para evitar compressão do sistema venoso). Os anestésicos são considerados seguros, enquanto as medicações vasoconstritoras devem ser evitadas. Devido à impossibilidade da realização de radioterapia, a mastectomia radical é a mais indicada, postergando-se a radioterapia para após o término do tratamento sistêmico (que dura em média 6 meses), de forma a não interferir no período gestacional.²²

Com relação ao câncer no ovário, a intervenção cirúrgica dependerá dos achados ultrassonográficos e da evolução clínica da paciente. Mulheres com massas persistentes, cujo diâmetro ultrapasse oito centímetros, ou que apresentem imagens suspeitas de malignidade devem submeter-se à cirurgia, preferencialmente no segundo trimestre da gravidez, tendo em vista o menor risco de abortamento e a menor dependência hormonal do corpo lúteo. Além disso, é tempo suficiente para a regressão de cistos funcionais. Entretanto, caso massas anexiais suspeitas sejam detectadas somente após o terceiro trimestre, a melhor conduta é a de aguardar ou induzir a maturidade fetal.⁸

É importante realizar-se o monitoramento do bem estar fetal a partir de 28 semanas de gestação, pelo perfil biofásico fetal, Doppler de artéria umbilical e ultrassonografia obstétrica seriada, a fim de que caso seja necessária a antecipação do parto, o uso de corticoides para indução de maturação pulmonar fetal, seja feito com segurança. Após o parto, indica-se a avaliação histológica da placenta, a fim de identificar possível doença metastática.⁸

O aleitamento materno é contraindicado em gestantes, ou puerpéras, que realizam quimioterapia, radioterapia ou terapia endócrina, uma vez que estes medicamentos são excretados no leite, além de diminuírem sua produção.⁹ Além disso, durante a radioterapia a sucção da criança poder aumentar a toxicidade da pele, resultar em fissuras, infecções e desconforto para a mulher. Lidar, portanto, com uma situação de câncer associado à gravidez é um verdadeiro desafio devido aos diversos dilemas envolvidos.²²

CONCLUSÃO

Apesar de raro, a ocorrência de câncer durante a gravidez é algo que gera muita angústia na gestante e em seus familiares, constituindo-se, assim, um imenso desafio para os profissionais de saúde, sobretudo, na área de enfermagem, pelo fato

destes profissionais atuarem tanto na esfera da atenção primária e secundária, constituindo-se na primeira porta de acesso à busca de informações e saneamento de dúvidas. Entre os cânceres mais comuns na gravidez, estão o câncer no colo do útero e o câncer de mama.

O enfermeiro executa inúmeras tarefas relacionadas ao câncer, entre as quais destacam-se o exame clínico das mamas e o exame citopatológico. São diversos os desafios enfrentados por estes profissionais, entre as quais encontra-se a dificuldade em realização o diagnóstico de neoplasia durante o período, devido aos sinais clínicos da doença serem, em geral, mascaradas pelas alterações fisiológicas da gravidez; a decisão e os riscos em preservar ou não a gravidez, de prorrogar o tratamento; e o estabelecimento de técnicas e terapias que necessitam ser as mais individuais possíveis.

É de fundamental importância que o profissional de enfermagem esteja sempre atualizado acerca do câncer, tendo em vista que este ainda continua a ser um dos grandes vilões envolvidos na morte entre as mulheres. Além disso, o enfermeiro, inserido no cuidado direcionado à mulher, em todos os níveis de atenção, necessita implementar estratégias que intensifiquem ações de prevenção e detecção precoce do câncer, sobretudo no período gestacional.

REFERÊNCIAS

- 1 Costa, AÉL, Souza, JR. Implicações psicossociais relacionadas à assistência à gestante com câncer: percepções da equipe de saúde. Rev. SBPH, Rio de Janeiro. jul./dez. 2018; 21(2):100-122.
- 2 Boldrini, NAT, Rossi, KKC, Sassine, TOT, Borges Filho, HZ, Frizera, HC. Câncer do colo do útero na gravidez. Femina. 2019; 47(1):55-60.
- 3 Brito, EAS, Feitosa, PWG, Vieira, JG, Oliveira, IC, Sousa, CMS, Santana, WJ. Diagnóstico de câncer durante a gestação: uma revisão integrativa. Id on Line Rev. Mult. Psic.. fev. 2020; 14(49):150-161.
- 4 Lélis, BDB, Dusso, MIS, Souza, FLP, Bernardes, NB. Tratamento do câncer de colo do útero em gestantes. Id on Line Rev. Mult. Psic. 2019; 13(45):433-438.
- 5 Maia, JS, Souza, CP, Menezes, GO, Mota, TAO. O câncer de mama e a gestação. Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento. set. 2019; 4(7):110-127.

6 Lima, VCA, Steger, J, Pontes, SRL. Enfrentamento da mulher com diagnóstico de câncer no período gestacional. Revista Vita Et Sanitas da Faculdade União Goyazes, Trindade, GO. 2019; 13(2):128-133.

7 Rodrigues, CMO, Maximino, DAFM, Souto, CGV, Virgínio, NA. Repercussão do tratamento das neoplasias durante a gestação. Rev. Ciênc. Saúde Nova Esperança. abr. 2016;14(1):67-72.

8 Silva, AP, Venâncio, TT, Figueiredo-Alves, RR. Câncer ginecológico e gravidez: uma revisão sistematizada direcionada para obstetras. Femina. mai./jun. 2015; 43(3):111-118.

9 Cipriano, P, Oliveira, C. Gestação e câncer de mama: proposta de guia de orientações. Fisioterapia Brasil. 2015; 16(3):13-19.

10 Braga, FLB, Sousa, DMN, Mendes, RM, Vasconcelos, CTM, Oriá, MOB. Orientações de enfermagem para enfrentamento do câncer de mama na gravidez. Universidade Federal do Ceará, 2017; 1-5.

11 Oliveira, MM. Como fazer: projetos, relatórios, monografias, dissertações, teses. 5. Ed. São Paulo: Elsevier; 2011.

12 Rodrigues, AB, Penha, JC. Exame citopatológico do colo do útero: investigação sobre o conhecimento, atitude e prática de gestantes. Cogitare Enferm. 2018; 23(2)e52589:1-11.

13 Braga, ANS, Silva, NA, Silva, ADC, Paiva, FO, Targino, GS, Gomes, RKG, Pinto, ACMD. Cuidados da equipe de enfermagem para o controle e prevenção do câncer de mama. Mostra Interdisciplinar do Curso de Enfermagem. 2017; 3(2):1-4.

14 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 874 de 16 de maio de 2013. Diário da União, Brasília, DF, 17/05/2013, Seção 1, p. 129.

15 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 140 de 27 de fevereiro de 2014. Diário da União, Brasília, DF, 28/02/2014, Seção 1, p. 71.

16 Instituto Nacional do Câncer. Onde tratar pelo SUS. 2019

17 Observatório de oncologia. Tratamento oncológico na rede privada de saúde do Brasil. 2014.

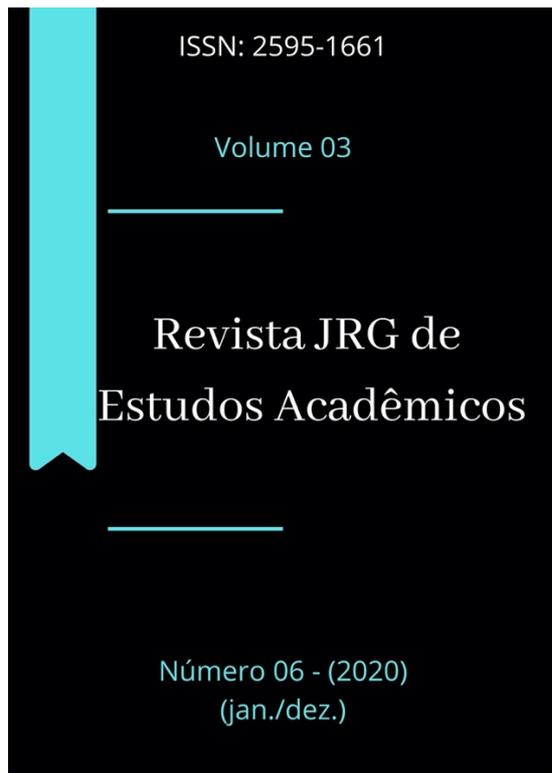
18 Pinto, VL, Sala, DCP, Fustinoni, SM. Repercussões materno-fetais decorrentes da quimioterapia no tratamento do câncer de mama durante a gestação: revisão integrativa. Rev enferm UFPE on line. fev. 2017; 11(Supl. 2):1008-1015.

19 Prado, N, Loiola, P, Guimarães, T, Ohara, ECC, Oliveira, LDR. Gestante com diagnóstico de câncer de mama: prevenção, diagnóstico e assistência. Braz. J. Hea. Rev., Curitiba, jan./fev. 2020; 3(1):1109-1131.

20 Fontes, AM, LIMA, JVS, Santana, SMS, Lima, TA, Menezes, MO. Câncer de mama na gestação tardia. Good practices of nursing representations In the construction of society, mai. 2017; 1-3.

21 Rosa, ARR, Silva, TSL, Carvalho, ICS, Sousa, ASJ, Rodrigues, AB, Penha, JC. Exame citopatológico do colo do útero: investigação sobre o conhecimento, atitude e prática de gestantes. *Cogitare Enferm.* 2018; 23(2):e52589:1-11.

22 Silva, KM, Rockenbach, BF, Moura, JE, Souza, ABA. Câncer de mama na gestação: abordagem diagnóstica e terapêutica. *Acta Medica.* 2018; 39(2):61-69.



Tramitação Editorial:

Data de submissão (recebimento):
01/01/2020.

Data de reformulação:
10/02/2020

Data de aceitação (expedição de carta
de aceite): 01/03/2020

Data de disponibilização no site
(publicação): 20/03/2020

DOI: <http://doi.org/10.5281/zenodo.3892032>
Publicado: 2020-06-12

VÍNCULO DO IDOSO INSTITUCIONALIZADO COM SEUS FAMILIARES

BINDING THE INSTITUTIONALIZED ELDERLY WITH THEIR FAMILIES

*Tainara Almeida de Morais¹
Mayara Cândida Pereira²*

Resumo

Objetivo: Identificar o tipo de vínculo familiar dos idosos que vivem em instituições de longa permanência. **Método:** Trata-se de uma revisão de literatura por meio de pesquisa em bases de dados digitais como na Biblioteca virtual de saúde (BVS), LILACS, MEDLINE, SCIELO, a partir de descritores padronizados e disponíveis, em estudos publicados nos últimos 5 anos. **Resultados:** Após a análise, foram incluídos 12 artigos na revisão, os quais discutem sobre institucionalização de idosos e seus sentimentos. **Conclusão:** Muitos vínculos familiares podem ter sido quebrados no passado e não

¹ Graduanda em Enfermagem pela Universidade Paulista UNIP. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-4557-6823>. E-mail: moraistainara11@gmail.com

² Graduada em Enfermagem pela Anhanguera Educacional - Anápolis GO. Doutoranda em Gerontologia pela Universidade Católica de Brasília-DF, Mestre em Gerontologia e Especialista em Saúde Pública. Atualmente é Coordenadora do Curso de Enfermagem da Universidade Paulista - UNIP campus Brasília - DF; Consultora Ad Hoc da Revista de Divulgação Científica Sena Aires; avaliadora de cursos pelo INEP/MEC e colaboradora dos processos éticos de enfermagem do COREN-DF. Tem experiência na área de enfermagem, com ênfase em saúde pública, gerontologia e ética profissional. Além disso, tem experiência em gestão acadêmica de ensino superior. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-0242-6262>

necessariamente na velhice, acarretando a institucionalização do idoso. Mas, se esses vínculos são fortalecidos, estes podem proporcionar ao idoso uma vida com dignidade e com garantia de direitos.

Palavras-chaves: Saúde do idoso institucionalizado. Idoso. Institucionalização. Vínculo Emocional.

Abstract

Objective: *To identify the type of family bond of the elderly living in long-term care institutions. **Method:** This is a literature review through research in digital databases such as the Virtual Health Library (VHL), LILACS, MEDLINE, SCIELO, based on standardized and available descriptors, in studies published in the last 5 years. **Results:** After the analysis, 12 articles were included in the review, which discuss the institutionalization of the elderly and their feelings. **Conclusion:** Many family ties may have been broken in the past and not necessarily in old age, leading to the institutionalization of the elderly. But if these bonds are strengthened, they can provide the elderly a life with dignity and with guaranteed rights.*

Keywords: *Health of the institutionalized elderly. Elderly. Institutionalization. Emotional Bond.*

Introdução

É considerado “idoso” todo indivíduo a partir de 60 anos de idade. Acredita-se que em 2050 vai existir cerca de 2 bilhões de idosos e 80% desses idosos estarão nos países em desenvolvimento, a população acima de 80 anos é a que mais aumenta e atualmente de 11%, até 2050 pode chegar a 19% da população mundial.¹

O envelhecimento populacional é um feito universal inevitável. No decorrer dos anos, foi tendo a necessidade de criar espaços para estadia prolongada de idosos, algumas vezes a internação do idoso em uma instituição acaba sendo a única saída para a família. Observa-se que nessa mudança para instituição existe a tendência de haver um afastamento familiar.²

Com as mudanças dos hábitos, como os horários de refeições, banhos, as atividades diárias, e isso acaba tendo como resultado o risco do isolamento e insatisfação dos idosos. Na idade avançada, especialmente em idosos

institucionalizados, é notável que idosos tendem a ser mais melancólicos e tristes devido a perdas afetivas, econômicas e sociais e na grande maioria das vezes pelo acometimento de doenças físicas e psicológicas. Em relação à institucionalização, é de suma importância que a família conheça e entenda os benefícios de visitar seu ente institucionalizado.²

Com o passar do tempo, o envelhecimento e as consequências desse processo tem ocasionado preocupações no mundo todo. As repercussões dessa transformação, ocasiona grandes mudanças na sociedade, causando reflexos diretamente sobre o tratamento para essas pessoas idosas e seus direitos. Talvez o maior desafio seja a institucionalização nas ILPI's (Instituições de Longa Permanência para Idosos). Os motivos para institucionalização na grande maioria das vezes são: a falta de recursos financeiros próprio e da família, a questão estrutural, a falta de tempo e espaço físico, e até mesmo a preparação da família de tomar conta do idoso, o psicológico quando a família não se dá bem, e por mais que a família seja a maior fonte de cuidado do idoso, é a falta de apoio dela, o maior motivo para a institucionalização.³

Diante da realidade, a ILPI apresenta-se como uma moradia especializada, com a única função de dar abrigo a idosos e proporcionar uma assistência conforme necessidade de cada um. Nas instituições é necessário ter uma equipe multiprofissional com enfermeiros, médicos, técnicos, auxiliares, e cuidadores qualificados e colaboradores para dar assistência integralmente a esses idosos.⁴

A enfermagem tem um papel muito importante no cumprimento das leis direcionadas ao idoso, promovendo a inclusão social indiferenciada dos idosos, respeitando suas limitações. O enfermeiro atua junto a pessoa idosa residente de uma instituição de longa permanência, tem função de tornar o cuidado mais humanizado e acolhedor podendo contribuir para a melhoria da qualidade de vida do idoso.⁵

Mas existe os idosos que depois da institucionalização sentem o abandono familiar, a exclusão e também o isolamento social. Esse é um dos motivos que acomete em aparecimento dos pensamentos e sentimentos negativos que acaba comprometendo o estado emocional, mental e também a qualidade de vida daquele idoso institucionalizado.⁴

Este trabalho propõe identificar o tipo de vínculo familiar dos idosos que vivem em instituições de longa permanência e descrever seus sentimentos.

O aumento da qualidade de vida, da população idosa e suas necessidades específicas, nos leva a refletir sobre a importância de fortalecer os vínculos familiares

nos dias de hoje, para que no futuro este idoso não necessite ser desvinculado da família e abandonado em uma ILPI's. Pois institucionalizar o idoso pode causar vários transtornos a ele, desde psicológicos a patológicos. Com isso, este estudo torna-se relevante, a fim de proporcionar aos profissionais de enfermagem aspectos específicos de cuidados a estes pacientes, e ainda demonstrar a importância do vínculo do idoso institucionalizado com seus familiares.

METODOLOGIA

O processo de formulação do trabalho se deu mediante a busca de literaturas científicas encontradas no Portal de Pesquisa da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), compilando publicações na base de dados da Literatura Latino-americanas (LILACS), no Banco de Dados Scielo – Scientific Electronic Library Online nos meses de abril e maio de 2020. Utilizaram-se os descritores padronizados e disponíveis nos Descritores em ciência de saúde (DECS): Saúde do idoso institucionalizado. Idoso. Institucionalização. Vínculo Emocional. Como critérios de inclusão adotou-se 12 artigos publicados nos últimos 5 anos, em língua portuguesa e que apresentaram como objeto de estudo a temática central: Vínculo familiar de idosos institucionalizados. Como critérios de exclusão considerou-se os todos aqueles artigos publicados em língua estrangeira, estudos que não apresentaram aspectos que contribuíssem com o objetivo da pesquisa. Para a análise dos dados, adotou-se a técnica de análise de conteúdo, modalidade temática (BARDIN, 2011).

RESULTADOS

No quadro abaixo estão descritas informações gerais dos 12 artigos incluídos nessa revisão integrativa da literatura. Foram interpretados e sintetizados todos os resultados encontrados.

Quadro Nº1. Distribuição dos artigos de acordo com o Título, autor, objetivos, metodologia, conclusão e ano de publicação.

	TÍTULO	AUTOR	OBJETIVOS	METOLOGIA	CONCLUSÃO	ANO
Art. Nº1	Instituições de longa permanência para idosos - ILPIs: desafios	Sandra H.L. Mônica A.	objetiva refletir sobre as ILPIs, a partir da experiência recente da	O estudo baseou-se em revisão da literatura científica sobre	Espera-se contribuir para o debate sobre a importância de redes de apoio	2019

	e alternativas no município do Rio de Janeiro		gestão municipal do Rio de Janeiro no enfrentamento das demandas e na busca de alternativas à institucionalização.	institucionalização de idosos e da legislação sobre envelhecimento.	social aos idosos, capazes de reinventar as formas de morar e de recriar vínculos para uma vida digna até o fim.	
Art. Nº2	Prevalência de Depressão em Idosos Institucionalizados e sua Relação ao Suporte Familiar	Ana P.P.S	investigar a prevalência de depressão em idosos institucionalizados e identificar a prevalência de depressão por gênero e avaliar fatores agravantes na presença ou ausência das visitas de familiares destes idosos.	O Método utilizado foi a pesquisa de campo, com caráter quantitativo descritivo.	investigar a prevalência de depressão em idosos institucionalizados e identificar a prevalência de depressão por gênero e avaliar fatores agravantes na presença ou ausência das visitas de familiares destes idosos.	2016
Art. Nº3	O fortalecimento dos vínculos familiares com o idoso	Daniela C.	analisar os vínculos familiares com os idosos e suas implicações.	A pesquisa bibliográfica foi feita através de livros e trabalhos publicados no portal Scielo e Periódicos CAPES.	conclui-se que vínculos familiares fortalecidos garantem ao idoso uma vida com dignidade, com proposição de políticas públicas e garantias de direitos.	2017

Art. N°4	Idosos institucionalizados: decisão e consequências nas relações familiares	Maria C.C.M.F Fabiana A.F Eliane S.C.N Alisson M.A Paloma E.A Gabrielle P.S Cleide R.D	identificar de quem parte, via de regra, a opção pela institucionalização dos idosos, assim como discutir a questão do convívio familiar e do laço de afetividade entre idoso e familiares, após o processo de institucionalização.	pesquisa de campo de caráter exploratório descritivo, com abordagem qualitativa, aplicada em uma instituição de longa permanência para idosos	Conclui-se que Vem-se verificando o aumento da procura da institucionalização como forma de amenizar o sofrimento, ou o isolamento do idoso no lar.	2018
ART N°5	A importância da assistência do enfermeiro ao idoso institucionalizado em instituição de longa permanência	Marcelo J.C.G Sildemar A.A.J Janete S. Lígia N.S	Verificar, a relevância da atuação do Enfermeiro quanto aos cuidados prestados aos idosos institucionalizados	revisão bibliográfica sistemática utilizando artigos publicados no período entre 2007 a 2013.	Conclui-se que Por maior que sejam conflitos o Idoso sempre estará inserido nela, e dela não pode ser arrancado.	2015
Art. N°6	Funcionalidade e familiar de idosos brasileiros residentes em comunidade	Ana C.V.C Gabielli P.R Efigênia F.F Andréa M.D.V Lucia H.T.G	Avaliar a funcionalidade familiar de idosos brasileiros; testar a influência de fatores determinantes	Estudo transversal com 2.052 idosos, a partir de dados coletados da linha base referente ao estudo "Aging, Gender and Quality of Life (AGEQOL)"	Estudo transversal com 2.052 idosos, a partir de dados coletados da linha base referente ao estudo "Aging, Gender and Quality of Life (AGEQOL)"	2017
Art. N°7	AFETO FAMILIAR: sentimento de idosos institucionalizados frente ao abandono da família	Brenda R.C.M.A Jarlene O.S.M Iak S.B.G.C Francisca E.F.C	o conhecimento do sentimento do idoso diante do abandono familiar e o papel da enfermagem na redução de riscos.	Trata-se de uma revisão bibliográfica mediante a busca de literaturas científicas encontradas no Portal de Pesquisa da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS)	Conclui-se que A velhice é uma das fases da vida que leva o ser humano a lidar com situações de difícil enfrentamento, das quais, considera-se a mais importante: a ausência familiar, mesmo estando com eles.	2016

ART Nº8	Solidão maltrata o corpo e a mente dos idosos	Paloma O.	O objetivo dessa pesquisa é mostrar quanto a solidão maltrata os idosos.	Trata-se de uma pesquisa qualitativa.	A pesquisa mostra que a velhice não deve ser vista como o fim do ciclo, mais como uma fase natural da fase de uma vida de qualquer pessoa.	2016
ART Nº9	Emoções e sentimentos revelados por idosos institucionalizados: Revisão integrativa	Tércia V.S.L Wallison P.S Fernanda B.D.F Bernadete L.A.G Isolda M.B.T Glenda Agra	Identificar as emoções e os sentimentos revelados por idosos na instituição de longa permanência para idosos.	Trata-se de um estudo de revisão do tipo integrativa, resultando em 15 publicações das quais emergiram duas categorias e duas subcategorias	Conclui-se que o envelhecimento humano é encarado como um período exclusivamente de restrições pela maioria da população.	2016
Art. Nº10	Sentimentos, expectativas e adaptação de idosos internado em instituição de longa permanência.	Narciso V.S Bianca R.S.C Rosane T.F Zaléia P.B Carine A.G Alessandra F.S Francisco C.P.R	identificar os sentimentos, as expectativas e a adaptação dos idosos ao processo asilar	estudo descritivo com abordagem qualitativa, do qual participaram nove idosos de uma instituição de longa permanência de idoso no município de Santo Ângelo, Rio Grande do Sul, Brasi	Conclui-se que em termos de cuidado, essas instituições atendem satisfatoriamente e a seus compromissos organizacionais, tanto em termos das necessidades básicas dos instituídos como em relação ao necessário acompanhamento individual a cada um dos idosos.	2018

Art. N°11	Solidão e Saúde Mental de Idosos Institucionalizados	Maristela N.S	Analisar a relação entre solidão e saúde mental de idosos institucionalizados.	Recolheram-se dados de uma amostra com 28 participantes, 18 do sexo feminino e 10 do sexo masculino, com idades entre os 68 e 95 anos em 4 instituições na zona de Lisboa	Podemos concluir, que a solidão é um fenômeno a ser discutido, devido aos efeitos causados na saúde física e mental. Em idosos, tem sido motivo para ansiedade, depressão e redução nas capacidades cognitivas.	2015
Art. N°12	Participação dos familiares na vida dos idosos institucionalizados no lar são Francisco de Assis em Simão dias/se	Jessica D.M.S Carolina N.P Renan S.F.P Márcia F.N.G	analisar a participação dos familiares na vida dos idosos institucionalizados no lar são Francisco de Assis em Simão Dias/SE	estudo descritivo, exploratório, transversal, quantitativo	Conclui-se que a não participação dos familiares dificultam as relações afetiva e social entre familiares, o que leva ao isolamento social e a manifestações de sentimentos que contribuem negativamente para a dignidade do cidadão e da qualidade de vida.	2016

DISCUSSÃO

O papel da família do idoso é de suma importância para que o ele não se sinta excluído e sim amparado. Quando a família continua tendo contato com o idoso, passa o sentimento de ser amado e que continua sendo útil. A relação dos idosos institucionalizados com a família na maioria das vezes não mantêm nenhum laço afetivo, e as que ainda mantêm relação são relativamente fracas. Grande parte dos idosos são viúvos (as), solteiros (as), muitos não têm filhos, ou até mesmo parentes próximos, o que acaba aumentando mais a solidão vivida, e que se entende que o convívio familiar após o processo de institucionalização é quase inexistente.⁴

Na velhice a falta de autonomia e a dependência prejudica muito a qualidade de vida dos idosos. E com a presença daqueles familiares a segurança do idoso aumenta, já que pode ter o auxílio dos mesmos. O apoio familiar é de suma importância na vida

do idoso, em qualquer circunstância para a qualidade e bem-estar, especialmente aqueles que necessitam de cuidados.⁶

O distanciamento na relação com a família pode resultar em agravos para a saúde do idoso, muitos deles se sentem culpados acreditando que o motivo do afastamento de sua família seja por sua culpa. Com isso acaba colaborando para o surgimento de patologias como a depressão, que já é uma doença muito comum nessa fase da vida devido o processo de envelhecimento. A solidão, a tristeza e o medo são emoções reveladas por idosos institucionalizados que se encontram nessa condição patológica.⁷

Se no corpo esse distanciamento pode fazer estragos, na mente pode ser devastador. A solidão pode ser vista como um fato isolado, que é passageiro, na maioria das vezes entendida como frescura ou sensibilidade quando na verdade é algo muito mais delicado e quando não é trabalhado pode levar a casos muito sérios como depressão, levando até a um suicídio.⁸

Os idosos que vivem em uma instituição e que mantém uma relação com a família, tem maior qualidade de vida, e conseqüentemente apresenta comportamentos e sentimentos positivos, como: segurança, carinho, satisfação, esperança, conforto, acolhimento, cuidado, alegria, felicidade, bem-estar e liberdade.⁹

Porém não acontece o mesmo com aqueles idosos que não continuam tendo contato com os familiares, que tem sentimentos negativos como: a baixa autoestima, abandono, a insegurança, apatia, a solidão, a perda de motivação e também o sentimento de ingratidão, naqueles que tiveram a oportunidade de proporcionar uma vida economicamente e afetivamente boa aos filhos e mesmo com isso foram institucionalizados. A falta da família ocasiona muitas adversidades, como a piora do estado de saúde daqueles que apresentam doenças e aparição de doenças psicológicas naqueles que não apresentavam.⁹

A família são os principais responsáveis pelo cuidado do idoso, motivada de sentimentos como amor e gratidão. A partir do instante que o idoso passa a residir em uma ILPI, as famílias aos poucos vão se desligando, o que resulta em um distanciamento entre os familiares, e que na maioria das vezes se transforma em um abandono. Por não ter outras opções o idoso aceita o que for decidido sobre sua vida, e com isso passa a viver com pessoas que não fazem parte do seu cotidiano.¹⁰

Os sentimentos vivenciados e a aceitação ou não de residir em ILPI varia de idoso a idoso, isso porque são diferentes as formas de avaliar as situações que se apresentam

ao longo da vida. Uns encaram com bastante naturalidade o afastamento, porem outros aceitam por não ter mais opções.¹⁰

A importância do apoio familiar é de suma importância, pois o o que leva a solidão é não ter a presença das pessoas que tanto ama. A presença o, juntamente com o apoio dos amigos e familiares são um forte fator de proteção contra a solidão. Já que uma vez que o idoso é bem amparado e atendido, ele sente mais confiança. Este indicador é bastante importante, pois o apoio familiar é fundamental para que idosos se sintam seguros e integrados ao meio ambiente externo.⁸

Idosos que raramente ou nunca recebem visitas, ou ligações da família tende a sentir mais sozinhos do que aqueles que recebem visitas e ligações constantemente. Isso mostra que para idosos que continuam mantendo relações satisfatórias, mesmo institucionalizados a possibilidade de se sentir abandonados diminui. Quanto mais os idosos têm relações satisfatórias, maior é o afeto positivo e quanto mais eles têm essa percepção da disponibilidade do apoio social, menos relatos de solidão tendem a aparecer.¹¹

Há idosos que sofrem muito por terem sido abandonados, enquanto uns dizem não ter família, pela vergonha e sofrimento de lembrar que foram abandonados. Isso acontece porque o motivo pelo qual ocorreu o abandono foram os mesmos, a falta de condições, pela perda de autonomia e independência, pela fragilidade e esfriamento dos vínculos afetivos. Dessa forma é claro que o apoio familiar é de suma importância para a qualidade de vida do idoso que se encontra institucionalizado.¹²

Para uma melhora de vida dos idosos muitas instituições tem os chamados amigos voluntários. Aquelas pessoas que disponibiliza uma parte de seu tempo e oferece auxílio em ações sociais, e através de atitudes simples como atenção e afeto arrancam um pouco de alegria desses idosos. Esses amigos são cheios de solidariedade e paixão em ajudar o próximo. E é através de uma visita, uma conversa na qual se dedica atenção única, pela simples forma de ouvi-los com atenção já ajuda muito principalmente aqueles que já sofrem com a depressão, a solidão, e a tristeza que a falta dos familiares causam.¹²

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados obtidos com este estudo levam-nos a refletir sobre questões referentes ao relacionamento entre idoso e a família, e que influencia no processo de adaptação do idoso que foi ou será institucionalizado.

Deve existir uma preocupação em relação as instituições de longa permanência, se estão preparadas para receber bem e de forma digna os idosos, visto que, o foco é manter um ambiente agradável e mais próximo possível do que o idoso é acostumado.

Os profissionais enfermeiros necessitam ter conhecimentos específicos e ferramentas para que não tratem todos os idosos com o mesmo formato, porque cada um tem seu grau de dependência e a assistência precisa ser direcionada para cada necessidade.

Outros desafios que os envolvidos neste segmento podem encontrar são: procura crescente por ILPIs, número reduzido de vagas, pequena quantidade de instituições gratuitas que excluem ainda mais aqueles em situação de vulnerabilidade e sem recursos, condições precárias de muitos espaços e dificuldade para gerir e garantir um atendimento de qualidade.

A quebra dos vínculos familiares geralmente não acontece quando se institucionaliza o idoso, e sim antes desse fato acontecer. Quando a pessoa atinge a terceira idade necessita de maiores cuidados e por não existir os vínculos familiares acontece a institucionalização em uma ILPI e conseqüentemente o abandono do idoso. Qualquer que seja a situação da família, existe a necessidade de manter os vínculos afetivos entre os membros e o idoso, caso ocorra a necessidade de institucionalização isso deve ser conversado e aceito pelo idoso e caso isso ocorra os familiares devem estar sempre em contato e mantendo os laços afetivos.

O envelhecimento é uma realidade, portanto cabe ao profissional de saúde e principalmente de enfermagem, estimular a autoestima do idoso, e garantir os seus direitos.

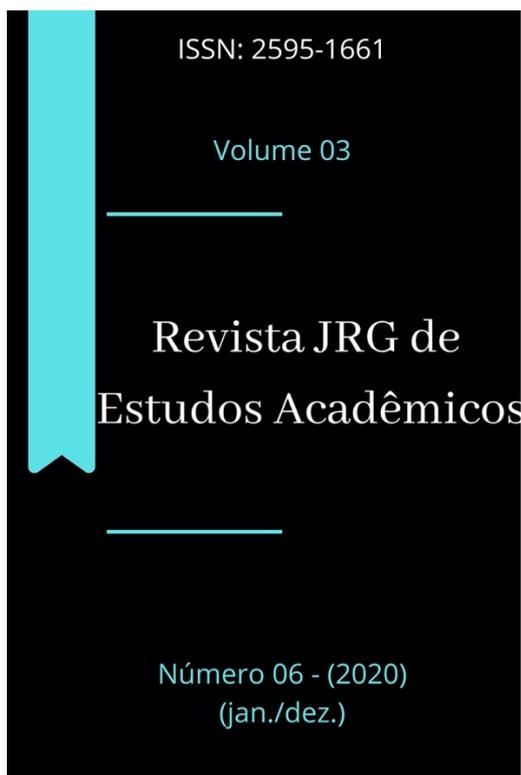
Conclui-se que vínculos familiares fortalecidos garantem ao idoso uma vida com dignidade, baseada em políticas públicas e garantias de direitos.

REFERÊNCIAS

1. Pollo SH; Assis M, Instituições de longa permanência para idosos - ILPIs: desafios e alternativas no município do Rio de Janeiro [revista em internet] 2019

- [Acesso em 8 de março de 2020] Rev. bras. geriatr. gerontol. vol.11 no.1. Disponível em DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1809-9823.2008.11014>
2. Souza APP, Prevalência de Depressão em Idosos Institucionalizados e sua Relação ao Suporte Familiar [internet] 2016 [acesso em 10 de março de 2020] Psicologado, Disponível em <https://psicologado.com.br/atuacao/psicologia-social/prevalencia-de-depressao-em-idosos-institucionalizados-e-sua-relacao-ao-suporte-familiar>
 3. Corrêa D. O fortalecimento dos vínculos familiares com o idoso [internet] 2017 [acesso em 20 de março de 2020] Disponível em: <http://izabelahendrix.edu.br/pesquisa/anais/arquivo-2017/o-fortalecimento-dos-vinculos-familiares-com-o-idoso>
 4. Figueiredo MCCM; Ferreira FA; Nunes ESC, et al; Idosos institucionalizados: decisão e consequências nas relações familiares [revista em internet] 2018 [acesso em 28 de março de 2020]; Revista Kairós-Gerontologia, 21(2), 241-252. Disponível em: <file:///C:/Users/usuario/Downloads/40931-114955-1-SM.pdf>
 5. Gonçalves MJS; Júnior SAA; Silva J; Souza LN A importância da assistência do enfermeiro ao idoso institucionalizado em instituição de longa permanência [revista em internet] 2015 [acesso em 25 de março de 2020] Revista Recien. 2015; 5(14):12-18. Disponível em DOI: <https://doi.org/10.24276/rrecien2358-3088.2015.5.14.12-18>
 6. Campos ANC; Rezende GP; Ferreira EF et al; Funcionalidade familiar de idosos brasileiros residentes em comunidade [revista em internet] 2017 [acesso em 12 de abril de 2020] Acta paul. enferm. vol.30 no.4 São Paulo jul./ago. 2017. Disponível em DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201700053>
 7. Alves BRCM; Mantovani JOS; Carneiro ISBG; Camboim FEF; AFETO FAMILIAR: sentimento de idosos institucionalizados frente ao abandono da família [internet] 2016 [acesso em 15 de abril de 2020]. Disponível em: http://www.editorarealize.com.br/revistas/cneh/trabalhos/TRABALHO_EV054_MD2_SA4_ID905_15082016141741.pdf
 8. Oliveto P; solidão maltrata o corpo e a mente dos idosos. Correio brasiliense.[internet] 2016 [acesso em 22 de abril de 2020] Disponível em: <http://especiais.correiobraziliense.com.br/solidao-maltrata-o-corpo-e-a-mente-dos-idosos>
 9. Lima TVS; Santos WP; Freitas FBD; et al; Emoções e sentimentos revelados por idosos institucionalizados: revisão integrativa. [revista em internet] 2016[acesso em 4 de maio de 2020] Revista Kairós Gerontologia, 19(3), pp. 51-65. disponível em DOI: <https://doi.org/10.23925/2176-901X.2016v19i3p51-65>
 10. Soares NV; Corrêa BRS; Fontana RT et al; Sentimentos, expectativas e adaptação de idosos internado em instituição de longa permanência. [revista em internet] 2018[acesso em 6 de maio de 2020] Rev Min Enferm. 2018;22:e-1124. Disponível em DOI: 10.5935/1415-2762.20180047

11. Santos MN; Solidão e Saúde Mental de Idosos Institucionalizados [internet] 2015 [acesso em 08 de maio de 2020] disponível em: https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/23453/1/ulfpie047799_tm.pdf
12. Santana JDM; Pajeú CN; Pereira RSF; Gonzaga MFN; Participação dos familiares na vida dos idosos institucionalizados no lar são Francisco de assis em simão dias/se [internet] 2016 [acesso em 10 de maio de 2020] disponível em: http://portal.unisepe.com.br/unifia/wpcontent/uploads/sites/10001/2018/06/062_artigo_lar_sao_francisco.pdf



Tramitação Editorial:

Data de reformulação: 10/02/2020

Data de aceitação (expedição de carta de aceite): 01/03/2020

Data de disponibilização no site (publicação): 20/03/2020

Data de submissão (recebimento): 01/01/2020.

DOI: <http://doi.org/10.5281/zenodo.3893027>

Publicado: 2020-06-13

EVOLUÇÃO DO SURTO DE SARAMPO NO BRASIL E AS AÇÕES DE COMBATE E DE PREVENÇÃO PRATICADAS

EVOLUTION OF SARAMPOUS OUTBREAKS IN BRAZIL AND THE FIGHTING AND PREVENTION ACTIONS PRACTICED

*Ludmilla Gomes de Souza¹
Mayara Cândida Pereira²*

Resumo

Objetivo: Analisar a evolução do surto de sarampo no Brasil, no ano de 2019, bem como as ações de combate e de prevenção praticadas. **Método:** Trata-se de revisão de literatura, a abordagem teórica foi elaborada a partir de publicações científicas extraídas da base de dados BVS, a qual comporta artigos de outras diversas bases científicas, como LILACS, SCIELO, PUB MED. Foram utilizados também alguns

¹ Graduanda em Enfermagem pela Universidade Paulista UNIP. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-9658-1932>. E-mail: ludmillagomess@gmail.com.

² Graduada em Enfermagem pela Anhanguera Educacional - Anápolis GO. Doutoranda em Gerontologia pela Universidade Católica de Brasília-DF, Mestre em Gerontologia e Especialista em Saúde Pública. Atualmente é Coordenadora do Curso de Enfermagem da Universidade Paulista - UNIP campus Brasília - DF; Consultora Ad Hoc da Revista de Divulgação Científica Sena Aires; avaliadora de cursos pelo INEP/MEC e colaboradora dos processos éticos de enfermagem do COREN-DF. Tem experiência na área de enfermagem, com ênfase em saúde pública, gerontologia e ética profissional. Além disso, tem experiência em gestão acadêmica de ensino superior. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-0242-6262>. E-mail: mayara.pereira@docente.unip.br

documentos publicados pelo Ministério da Saúde, tais como: Boletins e Informativos Epidemiológicos, Guia de Vigilância em Saúde e Portaria. **Resultados:** Em 2019, o pico da doença no Brasil ocorreu entre as semanas 26 e 50 (23/06/2019 a 14/12/2019). Ao todo, foram 18.203 casos confirmados, com 15 mortes. 526 municípios distribuídos em 23 Unidades da Federação confirmaram casos de sarampo, sendo a maior parte no estado de São Paulo, que concentrou 84% dos casos, seguido dos estados do Paraná (4,2%), Rio de Janeiro (1,8%), Pernambuco (1,5%), Santa Catarina (1,4%), Minas Gerais (0,7%) e Pará (0,6%), somando juntos um total de 17.955 casos ou 98,6% de todos os casos do país. **Conclusão:** Os inúmeros surtos que se espalharam pelos diversos estados, causaram preocupação das autoridades sanitárias, sendo realizado constante monitoramento da situação, adotando estratégias com vistas a eliminar o resíduo de suscetíveis em todas as faixas etárias para permitir a eliminação da doença no País, conquistando novamente o certificado de país livre da doença. Nos estados mais afetados, no entanto, nenhum deles atingiu a meta de vacinação de 95% da população em todos os seus municípios.

Palavras-chaves: Sarampo. Monitoramento epidemiológico. Prevenção

Abstract

Objective: *To analyze the evolution of the measles outbreak in Brazil in 2019, as well as the actions of combat and prevention practiced.* **Method:** *This is a literature review, the theoretical approach was elaborated from scientific publications extracted from the VHL database, which includes articles from other scientific databases, such as LILACS, SCIELO, PUB MED. We also used some documents published by the Ministry of Health, such as: Epidemiological Bulletins and Newsletters, Health Surveillance Guide and Ordinance.* **Results:** *In 2019, the peak of the disease in Brazil occurred between weeks 26 and 50 (23/06/2019 to 14/12/2019). Altogether, there were 18,203 confirmed cases, with 15 deaths. 526 municipalities distributed in 23 Federation Units confirmed cases of measles, most of them in the state of São Paulo, which concentrated 84% of the cases, followed by the states of Paraná (4.2%), Rio de Janeiro (1.8%), Pernambuco (1.5%), Santa Catarina (1.4%), Minas Gerais (0.7%) and Pará (0.6%), together adding a total of 17,955 cases or 98.6% of*

*all cases in the country. **Conclusion:** The numerous outbreaks that spread throughout the various states caused concern of the health authorities, being carried out constant monitoring of the situation, adopting strategies aimed at eliminating the residue of susceptible in all age groups to allow the elimination of the disease in the country, again winning the certificate of country free of the disease. In the most affected states, however, none of them reached the vaccination target of 95% of the population in all its municipalities.*

Keywords: Measles. Epidemiological monitoring. Prevention

Introdução

O ressurgimento do sarampo no Brasil desde 2018 provocou a perda do certificado de erradicação da doença fornecido pela Organização Pan-Americana de Saúde em 2016.¹

Sarampo é uma doença infecciosa aguda, causada pelo vírus RNA pertencente ao gênero *Morbilivirus*, família *Paramyxoviridae* (genótipo D8)^{2,3} sendo o homem o único reservatório conhecido.⁴ Extremamente contagiosa,^{4,5,6} seu período de incubação normalmente é de 10 dias, desde a exposição até o aparecimento dos primeiros sintomas.⁷

Caracteriza-se por febre alta, acima de 38,5°C, tosse seca, exantema maculopapular mobiliforme de direção cefalocaudal, conjuntivite não purulenta, coriza e manchas de Koplik (pequenos pontos brancos amarelados na mucosa bucal, na altura do terceiro molar, antecedendo o exantema).⁸ A transmissão do vírus pode ocorrer de quatro a seis dias antes ou quatro dias depois do surgimento do exantema.⁹

Pode apresentar complicações comuns, especialmente em crianças com deficiência de vitamina A e jovens malnutridos, como diarreia,⁹ infecção nos ouvidos, ataques (convulsões e olhar fixo), pneumonia, lesão cerebral e levar a óbito.⁶ Pode ocasionar, ainda, com maior raridade, manifestações neurológicas, como a panencefalite esclerosante subaguda (com aparecimento após sete anos da doença) e doenças cardíacas, como a miocardite e a pericardite.⁵

Sua transmissão é ocasionada por vias aéreas superiores quando a pessoa contagiada tosse, fala, espirra ou respira próximo de outras pessoas sem imunidade ao vírus,¹⁰ facilitando sua transmissão e disseminação em pequenas residências e locais com aglomeração de pessoas.¹¹

Possui maior incidência na infância e na adolescência, em especial, na fase escolar¹² e embora possa acometer recém-nascidos de mães suscetíveis, é relativamente raro nos primeiros seis meses, graças à transferência placentária de anticorpos maternos.⁹

O diagnóstico do sarampo segue critérios clínicos, epidemiológicos e laboratoriais, sendo o mais utilizado o ensaio imunoenzimático (ELIZA) para detecção de anticorpos específicos IgM, que podem ser detectados no sangue idealmente na fase aguda da doença, mas que já se encontram presentes em 3 dias do aparecimento dos sintomas.⁴

A vacina contra o sarampo está disponível desde 1963^{2,5} e sua notificação obrigatória ocorre desde 1968.¹³ Antes da vacinação das populações em massa, ocorreram importantes epidemias da doença, chegando a causar aproximadamente 2,6 milhões de mortes ao ano.⁵ De fato, entre as décadas de 1960 a 1970, o sarampo era considerado a principal causa de óbito entre crianças de um a quatro anos de idade em importantes cidades de diferentes regiões do Brasil.¹³

Até o ano de 1991, o país enfrentou nove epidemias, uma a cada dois anos, em média. O número mais alto de casos ocorreu em 1986, com 129.942 casos, representando uma taxa de incidência de 97,7 por 100.000 habitantes. A partir de 1980, houve um declínio gradual do número de mortes, com 15.638 registros. Tal redução foi atribuída ao aumento da cobertura vacinal e à melhora nos cuidados médicos oferecidos às crianças com complicações pós-sarampo. Em 1992, o Brasil adotou como meta eliminar o sarampo até o ano 2000, com a implementação do Plano Nacional de Eliminação do Sarampo, que era a primeira campanha nacional de vacinação contra a doença.⁹

Em 1999 o Ministério da Saúde do Brasil criou uma força tarefa contra o sarampo, com a nomeação de pelo menos um técnico de vigilância por estado. Em 2015, de 3.207 notificações da doença, 214 foram confirmadas: 211 casos no Ceará, um caso em Roraima e dois casos em São Paulo.⁹

Em 2016, o Ministério da Saúde do Brasil recebeu da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), o certificado de erradicação do sarampo no Brasil. Porém o país vivenciou novo surto da doença em 2018, com mais de 10 mil casos registrados, especialmente nos estados do Amazonas e Roraima. No período entre

junho a agosto de 2019, foram 2.753 casos em todo o país, sendo 2.708 casos só no estado de São Paulo, o que fez com que o país perdesse a sua certificação.¹

Estes novos casos podem ser explicados pelo fato de a Venezuela enfrentar um surto de sarampo desde julho de 2017. Além disso, a situação econômica e sociopolítica vivida pelo país causou um intenso movimento migratório que contribuiu para espalhar o vírus a outras áreas geográficas, em especial, o Brasil, que vem recebendo muitos imigrantes venezuelanos, o que explica o surto inicial em 2018 nos estados do Amazonas e Roraima, que fazem fronteira com a Venezuela.⁹

Este estudo tem por objetivo analisar a evolução do surto de sarampo no Brasil, no ano de 2019, bem como as ações de combate e de prevenção praticadas, uma vez que diante deste novo cenário, houve a necessidade de intervenção de políticas de vacinação e prevenção do sarampo, com a finalidade de conter a disseminação da doença.

Neste sentido, e pelo fato de o sarampo representar importante causa de hospitalização, morbidade e mortalidade, sobretudo na infância, o presente estudo faz-se necessário, a fim trazer à compreensão dos profissionais de saúde os aspectos relacionados à evolução do surto no país e as ações de combate de prevenção praticadas. Portanto, o objetivo deste estudo é analisar a evolução do surto de sarampo no Brasil, no ano de 2019, bem como as ações de combate e de prevenção praticadas.

Metodologia

Trata-se de revisão de literatura. A abordagem teórica foi elaborada a partir de publicações científicas extraídas da base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), a qual comporta artigos de outras diversas bases científicas, como LILACS, SCIELO, PUB MED, Medline, Ibecs, MedCarib, Binacis, BDEF Enfermagem, Cumed e Coleciona SUS. Utilizou-se os seguintes Descritores em Ciências da Saúde (DECS): Sarampo; Monitoramento epidemiológico; Prevenção.

Foram selecionadas 11 produções científicas, para a seleção destes realizou-se o refinamento pelo critério de relevância, mediante a leitura dos resumos dos artigos disponibilizados nas bases de dados citadas. Posteriormente efetuou-se a

leitura dos artigos por completo, a fim de identificar a relevância do estudo em relação ao tema.

Os critérios para inclusão foram: materiais publicados nos últimos cinco anos (2016-2020), escritos em língua portuguesa e que abordem o tema da pesquisa e voltados ao objetivo que é o de analisar a evolução do surto de sarampo no Brasil, no ano de 2019, bem como as ações de combate e de prevenção praticadas. Os critérios de exclusão foram: materiais publicados antes de 2016, escritos em outro idioma (que não o português) e que fizerem fuga ao tema.

Além dos artigos, foram utilizados alguns documentos publicados pelo Ministério da Saúde, tais como: Boletins e Informativos Epidemiológicos, Guia de Vigilância em Saúde e Portaria, que fizeram abordagem do tema e publicados nos últimos cinco anos (2016-2020).

Resultados

Para elaboração das discussões desta pesquisa, apresenta-se a Tabela 1, a seguir:

Tabela 1 – Publicações localizadas, segundo o tema: “Evolução do surto de sarampo no Brasil e as ações de combate e de prevenção praticadas.

	TÍTULO	AUTOR (ES)	OBJETIVOS	RESULTADOS	ANO
--	---------------	-------------------	------------------	-------------------	------------

ART. Nº1	Trajatória das doenças infecciosas no Brasil nos últimos 50 anos: um contínuo desafio.	Waldman; Sato	Comentar as principais características das doenças infecciosas no Brasil, nos últimos 50 anos, destacando o quanto a Revista de Saúde Pública conseguiu capturar essa trajetória.	<p>Notou-se que os desenhos dos estudos e as estratégias de análise ganharam progressivamente maior sofisticação, acompanhando o grande desenvolvimento da epidemiologia no Brasil, nas últimas décadas.</p> <p>Assim, foi registrado não apenas o sucesso de intervenções de saúde pública que permitiram o controle ou a eliminação de inúmeras doenças infecciosas responsáveis, no passado, por elevadas taxas de morbimortalidade, como também a reemergência de males já controlados e o surgimento de doenças até então desconhecidas, com forte impacto na população brasileira, desenhando uma trajetória pouco previsível e muito desafiadora.</p>	2016
ART. Nº2	Surto de sarampo pelo baixo índice de vacinação no Brasil	Borges et al.	Caracterizar o perfil epidemiológico dos pacientes submetidos às biópsias em um hospital na cidade de Mineiros – GO, apontar as especialidades de maior solicitação; bem como a região anatômica de retirada do fragmento ou lesão e o diagnóstico obtido.	O perfil epidemiológico dos pacientes submetidos às biópsias na cidade de Mineiros – GO é variado, com predomínio do sexo feminino e, entre a terceira e quarta década de vida, retratando o perfil cultural brasileiro, no qual as mulheres são propensas a ir com mais frequência ao médico e realizar exames de rotina para o rastreio. Através dos prontuários analisados, identificou-se que a maior parte das lesões são de caráter benigno, em regiões anatômicas como útero e vesícula, e a maioria dos laudos encontrados foram concordantes com a literatura.	2018
ART. Nº3	Monitoramento Rápido de Vacinação na prevenção do sarampo no estado do Ceará, em 2015	Moura et al.	Descrever os resultados do Monitoramento Rápido de Vacinação, realizado com o propósito de interromper o surto de sarampo no estado do Ceará em 2015.	As campanhas de vacinação contra sarampo asseguraram a superação da meta de cobertura vacinal no estado do Ceará, embora se tenha constatado número expressivo de crianças não vacinadas.	2018
ART. Nº4	O surto de sarampo e a situação vacinal no Brasil	Branco e Morgado	Relacionar a situação vacinal da população brasileira com o surto de sarampo atual.	O surto do sarampo no Brasil tem inúmeras causas, mas a principal é a imigração indiscriminada de indivíduos suscetíveis a doença.	2019
ART. Nº5	Sarampo: atualizações e reemergência	Carvalho et al.	Tratar das atualizações mais recentes em relação à abordagem da doença no suporte terapêutico, na vigilância epidemiológica e no incentivo a vacinação como principal forma de prevenção.	A vacinação é a principal medida eficaz de controle do sarampo, o que é atingido com 95% da população imunizada. Assim, as campanhas para atingir maior parte da população são necessárias, especialmente, para evitar casos importados e controle da doença.	2019
ART. Nº6	Correlação entre cobertura vacinal e notificação por sarampo no Distrito Federal	Ferreira et al.	Correlacionar a cobertura vacinal com os números de notificação por sarampo no Distrito Federal, no período de 2008 a 2018.	Há correlação da cobertura vacinal com as notificações de agravos por sarampo, porém esta acontece de forma indireta, uma vez que necessita não somente dos números notificados como também do meio como são notificados.	2019
ART. Nº7	Negligência à vacinação: o retorno do Sarampo ao Brasil	Pereira et al.	Realizar análise epidemiológica da reemergência do sarampo no território brasileiro, sobretudo na região Norte, motivada pela importação do vírus por imigrantes não vacinados associada à queda da cobertura vacinal contra a doença no país.	O ressurgimento da doença ressalta a necessidade de estímulo constante para a vacinação como importante medida de saúde coletiva e individual.	2019
ART.	Riscos,	Person et al.	Identificar os riscos,	Há evidência de proteção da vacina contra	2019

Nº8	benefícios e argumentos para vacinação contra o sarampo: uma síntese de evidências		benefícios e argumentos para vacinação contra o sarampo.	o sarampo. Os riscos à vacinação são baixos e os benefícios relativos à redução no número de casos de doença são evidentes.	
ART. Nº9	Análise de conteúdos de ensino-aprendizagem em materiais educativos: sarampo	Rodrigues e Diniz	Realizar a análise documental de um banner de campanha vacinal contra a sarampo no estado de São Paulo no ano de 2019, a fim de demonstrar o conhecimento como estratégia para adesão a prevenção através da educação em saúde com a finalidade de conscientização.	Uma das principais estratégias de promoção e prevenção da saúde, empregadas pela Secretaria de Estado da Saúde do Governo do Estado de São Paulo são as campanhas de comunicação, através de variados meios, incluindo as redes sociais. Todavia a finalidade das campanhas nem sempre são alcançadas. Ao ter contato com o material educativo, a população pode não notar sua relevância e apresentar dificuldades em assimilar a informação como importante para sua saúde e consequentemente seu bem-estar.	2019
ART. Nº10	Diagnóstico clínico laboratorial e profilático do sarampo no Brasil.	Xavier et al. (2019)	Compreender como é o diagnóstico clínico laboratorial e profilático do sarampo no Brasil.	Análises laboratoriais são fundamentais para o diagnóstico definitivo do sarampo, já que outras doenças exantemáticas febris podem simular sintomas. Para os propósitos de vigilância epidemiológica, é necessário coletar amostras clínicas para identificação viral por genotipagem, e assim diferenciar um caso autóctone de um importado ou até relacionado com o (mais raro) vírus da vacina. Notificação de casos suspeitos deve ser feita dentro de 24 h ao Departamento de Saúde local com o propósito de interromper surtos, principalmente em indivíduos não vacinados. A medida clínica mais importante continua sendo a profilaxia para o controle da doença, especialmente a vacinação, já que o tratamento é limitado ao suporte clínico e sintomático, e não há abordagem específica contra o vírus.	2019
ART. Nº11	Modelagem matemática para a vacinação contra o sarampo	Reyes et al.	Analisar a importância da modelagem matemática para a vacinação contra o sarampo.	Os modelos matemáticos permitem observar e entender melhor o comportamento dos diferentes grupos envolvidos no processo de transmissão da doença, e assim analisar a efetividade da aplicação da vacina na erradicação do Sarampo em diferentes cenários de adesão ou acesso à vacina, deixando evidente que a vacinação em massa da população é importante para a erradicação da doença.	2019

Fonte: Elaborado pela autora.

A Tabela 1, apresenta o quadro sinóptico da presente revisão, sendo possível observar informações referentes a 11 produções científicas que atenderam aos critérios de inclusão previamente estabelecidos e que foram utilizados no processo de discussão do presente estudo. Na Tabela encontram-se descritos dados de todas as produções analisadas, sendo eles categorizados por: título da publicação, nome(s) do(s) autor(es), objetivo(s), resultado(s) e ano de publicação. Com relação ao título dos artigos, 10 (91%) contemplavam a temática da revisão e permeavam os

descritores selecionados. Quanto aos objetivos indicados pelos autores, 6 (55%) abordam o surto do sarampo no Brasil em 2019 e demonstram ações de combate e prevenções praticadas contra a doença.

Em relação aos anos de publicações, o maior ano de publicação em relação ao tema foi o ano de 2019 com 8 (73%) publicações e os menores os anos de 2016, com 1 publicação (9%), e o ano de 2018, com 2 publicações (18%). Em geral a Tabela demonstra que houve um maior interesse pela temática no ano de 2019, pelo fato de o país ter vivenciado um surto no ano anterior (2018) e estar vivenciando novo surto no ano de 2019.

Discussão

Com o intuito de aperfeiçoar o entendimento do leitor as discussões acerca da literatura pesquisada foram sistematizadas em duas categorias do saber a seguir:

Categoria 1 – Evolução do sarampo nos últimos anos no Brasil

Em 2019 o Brasil enfrentou grandes surtos de sarampo. Logo nos primeiros meses de 2019, o Ministério da Saúde, através de uma maciça campanha de vacinação, conseguiu interromper a transmissão do vírus sarampo na região Norte do país¹⁴, cujos os estados de Roraima e Amazonas, no ano de 2018, haviam apresentado os maiores índices do surto da doença, juntamente ao estado do Rio Grande do Sul.²

O último caso de sarampo no país havia sido registrado em julho de 2015, mas em 2018 ocorreu a reintrodução do vírus. O primeiro caso importado confirmado ocorreu no município de Boa Vista, estado de Roraima, com data de exantema em 08 de fevereiro de 2018 e o primeiro caso confirmado em brasileiros ocorreu no município de Manaus, no estado do Amazonas, com data de exantema em 19/02/2018. Durante todo o ano de 2018 foram confirmados 10.330 casos de sarampo no País.¹⁴

No mês de abril de 2019, teve início um novo surto de grandes proporções na região metropolitana de São Paulo de casos importados de Israel e Noruega. Devido ao intenso fluxo de pessoas, nacional e internacionalmente, houve a disseminação do vírus para 23 unidades federativas, dando início a novas cadeias de transmissão

Segundo Boletins Epidemiológicos do Ministério da Saúde, o pico da doença no Brasil ocorreu entre as semanas 26 e 50, que compreende o período que vai de 23 de junho de 2019 até 14 de dezembro de 2019.^{10,15} Conforme o Boletim Epidemiológico das semanas 26 a 37 (entre 23 de junho de 2019 a 14 de setembro de 2019) foram notificados em todo o Brasil 28.525 casos suspeitos, destes, 3.906 (13,7%) foram confirmados, representando 87% do total de casos confirmados no ano de 2019 (até a data de 14 de setembro).

O último informe publicado em 2019, 'Informe Epidemiológico da Semana 52' esclarece que entre as semanas 39 e 50, compreendidas entre os dias 22 de setembro de 2019 a 14 de dezembro de 2019, foram notificados, em todo o país, 19.000 casos suspeito de sarampo, sendo 2.710 (14,2%) confirmados, e que os casos confirmados nesse período representam 17% do total de casos confirmados no ano de 2019 (até a data de 14 de dezembro).¹⁵

Em todo o ano de 2019, 526 municípios distribuídos em 23 Unidades da Federação confirmaram casos de sarampo. Foi no estado de São Paulo onde registrou-se o maior número dos casos, com 16.090 casos (84%) em 259 municípios (49,2%), seguido dos estados do Paraná (4,2%), Rio de Janeiro (1,8%), Pernambuco (1,5%), Santa Catarina (1,4%), Minas Gerais (0,7%) e Pará (0,6%), somando juntos um total de 17.955 casos ou 98,6% de todos os casos do país. Até o término da semana epidemiológica 52, em 28 de dezembro de 2019, 12 unidades federativas ainda apresentavam transmissão ativa do vírus, ou seja, confirmaram casos de sarampo nos últimos 90 dias, a saber: São Paulo, Paraná, Rio de Janeiro, Minas Gerais, Santa Catarina, Pernambuco, Bahia, Pará, Paraíba, Rio Grande do Sul, Alagoas e Sergipe¹⁴, conforme pode ser visualizado na Tabela 2:

Tabela 2 – Distribuição dos casos confirmados de sarampo, coeficiente de incidência e semanas transcorridas do último caso confirmado, segundo Unidade da Federação de residência, Brasil, 2019.

ID	UF	Confirmados		Total de municípios	Incidência /100.000 hab.	Data do exantema de último caso confirmado em 2019*
		N	%			
1	São Paulo	16.090	88,4	259	42,4	24/12/2019
2	Paraná	760	4,20	41	14,5	31/12/2019
3	Rio de Janeiro	333	1,80	18	2,92	26/12/2019
4	Pernambuco	268	1,50	30	5,98	29/11/2019
5	Santa Catarina	251	1,40	33	9,42	06/12/2019
6	Minas Gerais	135	0,70	41	1,85	20/12/2019
7	Pará	118	0,60	12	3,95	24/12/2019
8	Rio Grande do Sul	64	0,40	10	2,56	22/12/2019
9	Paraíba	52	0,30	17	3,07	26/10/2019
10	Bahia	48	0,30	18	1,10	02/11/2019
11	Alagoas	32	0,18	13	2,29	21/11/2019
12	Ceará	9	0,05	5	0,33	07/10/2019
13	Maranhão	7	0,04	5	0,54	19/09/2019
14	Sergipe	6	0,03	4	5,29	19/10/2019
15	Rio Grande do Norte	6	0,03	5	0,52	04/09/2019
16	Distrito Federal	5	0,03	1	0,18	28/09/2019
17	Goiás	5	0,03	3	0,36	12/08/2019
18	Amazonas	4	0,02	2	0,20	31/01/2019
19	Piauí	3	0,02	3	0,35	29/09/2019
20	Espírito Santo	2	0,01	2	0,56	22/08/2019
21	Mato Grosso do Sul	2	0,01	2	0,21	20/08/2019
22	Amapá	2	0,01	1	0,47	17/09/2019
23	Roraima	1	0,01	1	0,33	09/02/2019
Total		18.203	100,00	526	19,00	

*Considerar a data do exantema referente a 2019, mesmo que alguns estados ainda estejam com surto ativo em 2020

Fonte: Brasil, 2020.

O índice de incidência para a faixa etária em que os casos ocorreram foi de 18,83 casos por 100.000 habitantes. No entanto, em crianças menores de um ano, o índice é 11 vezes superior ao índice registrado em toda a população, seguido de 1 a 4 anos, e o coeficiente de incidência é de 48,31 casos por 100.000 habitantes. A faixa etária de 0 a 4 anos é mais provável que tenha complicações com sarampo e morte. A faixa etária de 20 a 29 anos, apesar de apresentar coeficiente de incidência inferior (32,08 casos por 100.000 habitantes) ao apresentado pela população de menores de 5 anos, e é a que apresenta o maior número de casos confirmados (Tabela 3).

Tabela 3 – Segundo os dados da unidade de residência federal brasileira, a distribuição dos casos confirmados de sarampo, o coeficiente de incidência e o número de semanas desde o último caso confirmado, 2019.

Faixa etária (em anos)	População (em milhões)	Número de casos	%	Coeficiente de incidência (casos/pop. 100.000 hab.)	Distribuição por sexo	
					Feminino	Masculino
<1	1,4	3194	17,7	222,14	1568	1621
1 a 4	5,2	2529	14,0	48,31	1202	1322
5 a 9	6,8	447	2,5	6,52	256	216
10 a 14	7,9	337	1,9	4,25	150	187
15 a 19	7,9	2310	12,8	28,93	1157	1153
20 a 29	17,6	5651	31,4	32,08	2642	3009
30 a 39	15,6	2351	13,0	15,06	1013	1338
40 a 49	13,0	1115	6,2	8,57	581	534
>50	20,0	89	0,5	0,44	14	26
Total	96,0	18.203	100,0	18,83	8.583	9.406

Fonte: Brasil, 2020.

O total de óbitos, por conta da doença, em todo o país foi de 15 pessoas, sendo 14 no estado de São Paulo, distribuídos nos seguintes municípios: São Paulo obteve 5 casos, Osasco obteve 2 casos, Francisco Morato obteve 2 casos, Itanhaém, Itapevi, Franco da Rocha, Santo André e Limeira cada município obteve 1 caso; no município de Taquaritinga do Norte-PE também registrou 1 obito. Do total de mortes, 8 eram mulheres e 2 eram pessoas vacinadas contra o sarampo. Houve 6 mortes entre crianças menores de um ano, 2 mortes entre crianças menores de um ano e 7 mortes entre adultos acima de 20 anos. 8 de 15 mortes têm pelo menos um risco ou condição mórbida,¹⁴ conforme pode ser visualizado na Tabela 4:

Tabela 4 – Distribuição dos óbitos por sarampo, segundo sexo, faixa etária e situação vacinal, Brasil, 2019

Faixa etária (em anos)	Óbitos		Vacinado	Condição de risco/ comorbidade	Sexo	
	N	%			F	M
< 1	6	42,9	0	1	3	3
1 a 4	2	14,3	1	1	1	1
5 a 9	-	-	-	-	-	-
10 a 14	-	-	-	-	-	-
15 a 19	-	-	-	-	-	-
20 a 29	2	14,3	0	1	1	1
30 a 39	1	7,1	0	1	1	0

40 a 49	2	14,3	1	2	1	1
> 50	2	14,3	0	2	1	1
Total	15	100,0	2	8	8	7

Fonte: Brasil, 2020.

Com relação à situação epidemiológica das unidades da federação nos estados que registraram o maior número de casos de sarampo no ano de 2019, o Boletim Epidemiológico N. 6, publicado em fevereiro de 2020, apresenta os seguintes dados relativos à situação vacinal para crianças de 1 ano de idade com a dose 1 da vacina tríplice viral (sarampo, caxumba e rubéola) e com relação à meta de vacinação de 95%,¹⁴ conforme pode ser visualizado na Tabela 5:

Tabela 5 – Cobertura vacinal dos municípios que apresentaram casos de sarampo nos últimos 90 dias Brasil, Fev./2020

Estado	Cobertura vacinal do estado	Municípios que apresentaram casos de sarampo nos últimos 90 dias	
		Atingiram meta vacinal (de 95%)	Não atingiram meta vacinal (de 95%)
São Paulo	93,95%	74 (25,5%)	24 (24,5%.)
Paraná	102,81%.	29 (82,9%)	06 (17,1%)
Rio de Janeiro	101,7%	08 (72,7%)	03 (27,3%)
Minas Gerais	112,48%	14 (82,4%)	03 (17,6%)
Pernambuco	108,99%	11 (73,3%)	04 (26,7%)
Pará	77,67%	0 (0%)	12 (100%)
Santa Catarina	105,45%	22 (81,5%)	05 (18,5%)

Fonte: Elaborado pela autora com base em Brasil, 2020.

A análise dos dados apresentados na Tabela 5, demonstra que entre os estados que têm municípios que apresentaram casos de sarampo nos últimos 90 dias (dezembro de 2019 e janeiro e fevereiro de 2020) os que apresentaram maior cobertura vacinal, acima até dos 95% estabelecidos pela meta foram Minas Gerais (112,48%), Pernambuco (108,99%), Santa Catarina (105,45%) e Paraná (102,81%). Os que apresentaram menor cobertura vacinal foram Pará (46,67%) e São Paulo (93,95%). O estado do Paraná foi o que apresentou maior índice de municípios que apresentaram casos de sarampo nos últimos 90 dias que cumpriram a meta de 95% de cobertura vacinal (82,9%). Além de Pernambuco ser o estado com menor cobertura vacinal, este não conseguiu atingir a meta nos 12 municípios que apresentaram casos de sarampo nos últimos 90 dias (0%).

Categoria 2 – Ações de combate e de prevenção praticadas

O combate ao sarampo no Brasil, se dá através da prevenção e vacinação e por meio da vigilância epidemiológica⁴

Inexiste tratamento antiviral específico para o sarampo. Os indivíduos acometidos devem receber tratamento de suporte e prevenção e tratamento de complicações e infecções secundárias. A prevenção se dá exclusivamente através da vacinação, disponível no Brasil pelo Sistema Único de Saúde (SUS).²

O Programa Nacional de Imunização prioriza a vacinação de crianças, adolescentes e adultos de até 49 anos de idade. Portanto, o Ministério da Saúde fornece duas doses da vacina a todos com menos de 30 anos (até 29 anos, 11 meses e 29 dias) e uma dose para indivíduos entre 30 e 49 anos. Os profissionais de saúde devem receber duas doses da vacina MMR, independentemente da idade, o intervalo entre as duas vacinas deve ser de pelo menos 30 dias.⁹ Preconiza-se que adultos nascidos após 1960, sem comprovação de nenhuma dose, devam receber ao menos uma dose da vacina tríplice viral (SCR) a qual não é recomendada, contudo, a crianças menores de 6 meses, gestantes e imunocomprometidos.²

O objetivo da vacinação consiste em impedir novos casos e conferir imunidade a indivíduos não vacinados, a fim de atingir níveis de vacinação entre 85% a 95%⁹ de forma homogênea em todos os municípios brasileiros, uma vez que a eliminação dos suscetíveis (população não imunizada) interrompe a cadeia de transmissão. Na rotina dos serviços de saúde, a vacinação contra o sarampo deve obedecer às indicações do Calendário Nacional de Vacinação.⁴

Os esquemas de vacinação por idade estão representados na Tabela 6:

Tabela 6 – Esquemas de vacinação por idade

Idade	Esquema de vacinação
12 meses	1ª dose da vacina tríplice viral (que protege contra o sarampo, a rubéola e a caxumba);

15 meses	2ª dose, com a vacina tetraviral (que protege contra o sarampo, a rubéola, caxumba e a (catapora/varicela);
2 a 29 anos	Caso não haja nenhum registro de dose da vacina tríplice ou tetraviral, os pacientes deverão receber duas doses com intervalo de no mínimo 30 dias da primeira dose;
30 a 49 anos	Caso não haja nenhum registro de dose da vacina tríplice ou tetraviral, deverá ser aplicada uma única dose;
Após 49 anos	Não é necessária a vacinação porque considera-se que a partir dessa idade o indivíduo já tenha sido exposto à doença e esteja imune;
Profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, dentistas e outros)	Independentemente da idade, devem ter duas doses da vacina tríplice viral documentadas;
Profissionais de transporte (taxistas, motoristas de aplicativos, motoristas de vans e ônibus)	Devem manter o cartão de vacinação atualizado.
Profissionais do turismo (funcionários de hotéis, agentes, guias e outros)	Devem manter o cartão de vacinação atualizado.
Viajantes e profissionais do sexo.	Devem manter o cartão de vacinação atualizado.

Fonte: Elaborado a partir de Carvalho et al. (2019).

No plano individual, o isolamento hospitalar ou domiciliar colabora para a diminuição dos contágios, devendo-se evitar, principalmente, a frequência às creches ou escolas, agrupamentos e qualquer contato com pessoas suscetíveis em até quatro dias após o início do período exantemático.⁴

No que concerne à Vigilância Epidemiológica, conforme Portaria n. 204/2016 do Ministério da Saúde, o sarampo é uma doença de notificação compulsória, devendo a comunicação à autoridade de saúde ser realizada por profissionais de saúde responsáveis pelas unidades de saúde pública ou privada em até 24 horas.¹⁶ O objetivo principal é o de manter a eliminação do sarampo através de uma vigilância epidemiológica sensível, ativa e oportuna, permitindo a identificação e notificação imediata de todo e qualquer caso suspeito na população, com adoção de medidas de controle pertinentes.⁴

Define-se como casos suspeitos de sarampo os seguintes:⁴ Pacientes que, independentemente da idade e da situação vacinal, apresentarem febre e exantema maculopapular acompanhados de um ou mais dos seguintes sinais e sintomas: tosse e/ou coriza, e/ou conjuntivite; Indivíduos suspeitos com histórico de

viagem ao exterior nos últimos 30 dias, ou de contato, no mesmo período, com alguém que viajou ao exterior.

Para casos suspeitos, siga as etapas abaixo: 1. Colete materiais para sorologia (soro, urina ou secreção nasofaríngea) e envie-os à Fundação Ezequiel Dias (FUNED); 2. Realize epidemiologia investigue para encontrar a possível fonte de infecção (determine para onde o paciente viajou 7 a 30 dias antes do surto, possível viagem). 3. Realização da vacinação de bloqueio, a qual deve se realizar no prazo máximo de até 72 horas após a notificação do caso, com o intuito de interromper a cadeia de transmissão.⁴ O padrão de trabalho para o diagnóstico do sarampo é a presença de sarampo específico para anticorpos 2.

A Tabela 7 apresenta, resumidamente, a classificação dos casos:

Tabela 7 – Classificação dos casos

Classificação	Característica
Caso suspeito	É qualquer pessoa que o médico suspeite que esteja com sarampo ou qualquer pessoa que apresente os seguintes sintomas: febre e rash maculopapular generalizado e tosse, coriza ou conjuntivite
Sarampo clinicamente confirmado	Qualquer indivíduo que apresente os critérios clínicos de suspeita de sarampo e caso suspeito no qual a investigação laboratorial apresente resultados equivocados para anticorpos IgM específicos para sarampo após terem sido realizados dois testes.
Confirmado laboratorialmente	É o sarampo clinicamente e laboratorialmente confirmado.
Epidemiologicamente confirmado	É o sarampo clinicamente confirmado e que tenha contato com um indivíduo com confirmação laboratorial e com rash iniciado nos últimos 21 dias. Ou, ainda, indivíduo que mora no mesmo distrito ou distrito adjacente a uma área de surto de sarampo comprovado laboratorialmente e a transmissão sendo possível.
Caso descartado	É o caso suspeito que quando submetido à identificação viral ou sorologia não obtém os critérios diagnósticos laboratoriais ou caso suspeito com relação epidemiológica a um caso confirmado de outra doença similar, como por exemplo, a rubéola.
Morte relacionada ao sarampo	É a morte de um indivíduo com sarampo confirmado clinicamente, laboratorialmente ou epidemiologicamente) onde a morte ocorre dentro de 30 dias do início do rash e não tem outra causa não relacionada, como trauma ou doença crônica.

Fonte: Elaborado a partir de Branco e Morgado (2019).

Durante todo o ano de 2019 adotou-se como estratégia a vigilância laboratorial pelo fato de esta permitir o acompanhamento do surto de sarampo e apresentar, dentro do contexto, a melhor oportunidade de ação. A identificação de um resultado de sorologia reagente para sarampo permitiu contatar de forma diária

as Unidades Federativas, oportunizando as principais estratégias para bloqueio e controle do agravo.¹⁴

Em resposta ao surto de sarampo ocorrido em 2019, o Ministério da Saúde adotou, ainda, uma série de estratégias visando o controle da doença, tais como: busca ativa dos casos, bloqueio vacinal dos contatos, atualização de cartão de vacina e campanhas de mídia com vistas à conscientização da população. Realizou-se, ainda, uma campanha de vacinação dividida em duas etapas: de 07/10 a 25/10, voltada à vacinação de crianças de 6 meses a menores de 5 anos; e de 18/11 a 30/11, voltada à vacinação da população de 20 a 29 anos. Tais estratégias visam a eliminação do resíduo de suscetíveis em todas as faixas etárias a fim de permitir a eliminação da doença no País.¹⁴

Conclusão

Em 2016, o Brasil havia recebido o certificado de erradicação do sarampo fornecido pela Organização Pan-Americana de Saúde. Porém, o ressurgimento da doença no país desde 2018 provocou a perda do certificado.

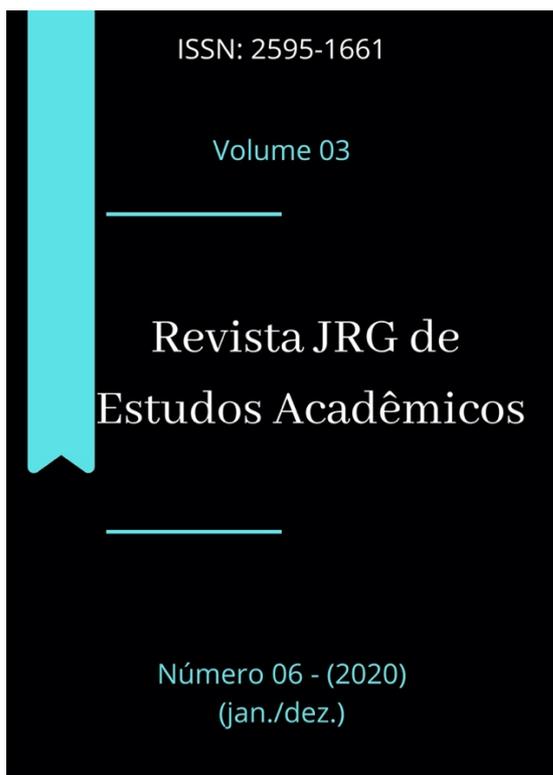
Em 2019, o pico da doença no Brasil ocorreu entre as semanas 26 e 50, que compreende o período de 23 de junho de 2019 a 14 de dezembro de 2019. Ao todo, foram 18.203 casos confirmados, com 15 mortes. 526 municípios distribuídos em 23 Unidades da Federação confirmaram casos de sarampo, no estado de São Paulo obteve a maior parte dos casos no Brasil, seguido dos estados do Paraná, Rio de Janeiro, Pernambuco, Santa Catarina, Minas Gerais e Pará.

Os inúmeros surtos que se espalharam pelos diversos estados, causaram preocupação das autoridades sanitárias, sendo realizado constante monitoramento da situação, adotando estratégias com vistas a eliminar o resíduo de suscetíveis em todas as faixas etárias para permitir a eliminação da doença no País, conquistando novamente o certificado de país livre da doença. Os estados que obtiveram mais casos, no entanto, nenhum obteve a meta de vacinação de 95% da população em todos os seus municípios.

Referências

1 Borges, AO, Paulo, AR, Araújo, GM, Costa, SQ. Surto de sarampo pelo baixo índice de vacinação no Brasil. Revista Saúde Multidisciplinar. 2019; Edição especial: 169-173.

- 2 Branco, VGC, Morgado, FEF. O surto de sarampo e a situação vacinal no Brasil. *Revista de Medicina de Família e Saúde Mental*. 2019; 1(1):74-88.
- 3 Rodrigues, SN, Diniz, SN. Análise de conteúdos de ensino-aprendizagem em materiais educativos: sarampo. 10º Seminário de Iniciação Científica. 1º Seminário de Pesquisa e Pós-Graduação Stricto Sensu. ago. 2019.
- 4 Carvalho, AL, Dorabela, A, Andrade, JG, Diniz, LMO, Romanelli, RMC. Sarampo: atualizações e reemergência. *Rev Med Minas Gerais*. 2019; 29(Supl 13):80-85.
- 5 Person, OC, Puga, MÊS, Atallah, ÁN. Riscos, benefícios e argumentos para vacinação contra o sarampo: uma síntese de evidências. *Diagn Tratamento*. 2019; 24(3): 102-105.
- 6 Reyes, NKS, Albuquerque, DS, Mendonça, TMO, Cordeiro, J, Dias, CM. Modelagem matemática para a vacinação contra o sarampo. *Proceeding Series of the Brazilian Society of Computational and Applied Mathematics*. 2020; 7(1):1-2.
- 7 Ferreira, RSB, Sousa, JRR, Santos, JLP, Silva, SM, Rosa, ACS, Costa, JPR, Matos, JC. Correlação entre cobertura vacinal e notificação por sarampo no Distrito Federal. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*. 2019; 11(17): e1654:1-8.
- 8 Brasil. Ministério da Saúde. Guia de vigilância em saúde. 3ª edição. Brasília: MS; 2019.
- 9 Xavier, AR, Rodrigues, TS, Santos, LS, Lacerda, GS, Kanaan, S. Diagnóstico clínico laboratorial e profilático do sarampo no Brasil. *J Bras Patol Med Lab*. 2019; 55(4): 390-401.
- 10 Brasil. Ministério da Saúde. Boletim epidemiológico 25. Brasília: MS; set. 2019. 50(25):1-16.
- 11 Moura, ADA, Braga, AVL, Carneiro, AKB, Alves, ECS, Bastos, CMM, Nunes, IH, Figueiredo, TWS, Canto, SVE, Garcia, MHO, Teixeira, AMS. Monitoramento Rápido de Vacinação na prevenção do sarampo no estado do Ceará, em 2015. *Epidemiol. Serv. Saude*. 2018; 27(2):e2016380:1-8.
- 12 Pereira, JPC, Braga, GM, Costa, GA. Negligência à vacinação: o retorno do Sarampo ao Brasil. *e-Scientia*. 2019; 12(1):1-5.
- 13 Waldman, EA, Sato, APS. Trajetória das doenças infecciosas no Brasil nos últimos 50 anos: um contínuo desafio. *Revista de Saúde Pública*. 2016; 50(68): 1-18.
- 14 Brasil. Ministério da Saúde. Boletim epidemiológico 06. Brasília: MS; fev. 2020. 51(6):1-37.
- 15 Brasil. Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Informe epidemiológico: semana epidemiológica 52. Brasília: GDF; 2020. 1-4.
- 16 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 204, de 17 de fevereiro de 2016. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. *Diário Oficial da União Brasil, Brasília (DF)*, 2016.



Tramitação Editorial:

Data de submissão (recebimento):
01/01/2020.

Data de reformulação:
10/02/2020

Data de aceitação (expedição de carta
de aceite): 01/03/2020

Data de disponibilização no site
(publicação): 20/03/2020

DOI: <http://doi.org/10.5281/zenodo.3956711>
Publicado: 2020-06-12

BURNOUT EM TÉCNICOS DE ENFERMAGEM: UMA REVISÃO NARRATIVA

BURNOUT IN NURSING TECHNICIANS: A NARRATIVE REVIEW

*Chryslanne Lisboa S. Correa¹
Iel Marciano de Moraes Filho²*

Resumo

O objetivo do estudo é descrever os fatores de risco para o desenvolvimento da Síndrome de Burnout em técnicos de enfermagem de acordo com a literatura. Trata-se de um estudo de revisão narrativa da literatura, os artigos foram pesquisados nas seguintes bases de dados: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS); Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SCIELO), e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) através da associação dos Descritores em Ciências da Saúde (DECS) pelo booleano "and": Burnout, Papel do Técnico em Enfermagem, Riscos Ocupacionais. Teve como critérios de inclusão: artigos publicados entre os anos de 2010 a 2020. Com base nos critérios acima, foram encontrados um total de 17 produções científicas. Essas foram analisadas por meio

¹ Graduanda em Enfermagem pela Universidade Paulista UNIP.

² Possui graduação em Enfermagem pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás (2014). Especialização em Enfermagem do Trabalho pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás (2016). Mestre em Ciências Ambientais e saúde pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás (2017). Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-0798-3949> Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4540309486777873>. E-mail: ielfilho@yahoo.com.br.

da análise temática. Os resultados foram apresentados em três categorias: 1) contexto histórico da síndrome de Burnout; 2) síndrome de Burnout nos técnicos de enfermagem; 3) fatores de enfrentamento da síndrome de Burnout nos técnicos de enfermagem. Concluiu-se que a SB é um problema de saúde pública, uma vez que acomete os técnicos de enfermagem e muitos profissionais da área de saúde. Desta forma, o agravo “Pode e deve ser tratada” como uma doença ocupacional resultante de uma série de fatores e variáveis relacionadas com a condição de trabalho.

Palavras chave: Burnout, Papel do Técnico em Enfermagem, Riscos Ocupacionais.

Abstract

The objective of the study is to describe the risk factors for the development of Burnout Syndrome in nursing technicians according to the literature. It is a study of narrative review of the literature, the articles were searched in the following databases: Virtual Health Library (VHL); Latin American and Caribbean Literature on Health Sciences (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SCIELO), and Virtual Health Library (VHL) through the association of Health Sciences Descriptors (DECS) by the Boolean “and”: Burnout, Role of the Nursing Technician, Occupational Risks. The inclusion criteria were: articles published between the years 2010 to 2020. Based on the above criteria, a total of 17 scientific productions were found. These were analyzed through thematic analysis. The results were presented in three categories: 1) historical context of the Burnout syndrome; 2) Burnout syndrome in nursing staff; 3) coping factors of Burnout syndrome in nursing technicians. Concluded that the SB is a public health problem, since it involves the nursing technicians and many health professionals. In this way, the condition "Can and should be treated" as an occupational disease resulting from a series of factors and variables related to the working condition.

Keywords: Burnout, Role of the Nursing Technician, Occupational Risks.

INTRODUÇÃO

A profissão de técnico de enfermagem surgiu em 1966, mas somente foi regulamentada em 1986, com a publicação da Lei 7.498 e do Decreto 94.406, de 1987. O conjunto de ações do técnico de enfermagem engloba uma proximidade individual de rotina junto ao paciente, tais como: auxiliar os enfermeiros nos serviços de proteção, de recuperação e de reabilitação da saúde; cuidar da comodidade e higiene de pacientes em estado grave, porém com supervisão de um enfermeiro; administrar medicamentos; realizar uma triagem dos sinais vitais e sintomas apresentados pelo paciente; fazer tratamentos como: aspirações de secreções; colher material para exames de laboratórios; fazer registro das atividades executadas; aplicar imunizantes; orientar a comunidade sobre saúde; oferecer apoio, tais como: preparo de ambiente e disposição do material para exames, tratamentos, intervenções cirúrgicas e atendimento obstétrico (GONÇALVES, 1979).

Logo, esta profissão foi atingida pelas mudanças sociais, econômicas, profissionais e tecnológicas que afetam a vida das pessoas no seu dia a dia, tanto na dimensão pessoal quanto profissional. Nessa perspectiva, as atividades profissionais dos indivíduos são um termômetro para revelar comportamentos que apontam problemas de saúde. Esse quadro é mais intenso quando doenças do trabalho, como a síndrome de Burnout (SB) que acometem os profissionais de saúde. Quando os sintomas aparecem, é possível observar algumas mudanças: baixa qualidade laboral dos profissionais de saúde, estresse, irritação, baixa autoestima, dentre outros (SOUSA, 2018).

De acordo com Souza (2018), os fatores que contribuem para o aparecimento da SB são tanto internos (relacionado ao ambiente de trabalho) quanto externos (relação com a vida pessoal, família, alimentação, lazer, dentre outros). É a forma como a pessoa vive que irá determinar sua inclinação e o fator de risco para contrair a doença. O local de trabalho, a forma de se relacionar com as pessoas, a visão sobre o trabalho também são fatores que contribuem com o quadro.

Na tradução em inglês, “burn” quer dizer “queima” e “out” significa “exterior”. Atualmente, a SB é considerada pelo Ministério da Saúde um transtorno mental e do comportamento relacionado ao trabalho (COELHO, 2014).

A SB tem despertado o olhar da ciência desde a década de 70, quando começaram as discussões sobre o tema, relacionando os casos com outras áreas do conhecimento, cuja abordagem foi direcionada para a relação do homem com o trabalho. Nesse sentido, a Psicologia, a Psiquiatria e a Administração tiveram resultados positivos sobre os estudos. Para o pesquisador Robert Karasek (1970), a síndrome apresenta o seguinte perfil: esgotamento emocional, associado à exaustão para lidar com questões do trabalho, perda do sentimento de gratificação ao exercer a profissão, influenciando o contato do profissional com o paciente. (SCHIMZ, 2015).

Numa outra perspectiva, pode-se dizer que a SB está relacionada com um comportamento estressante no trabalho, influenciando o modo como o indivíduo interage com as atividades laborais, com as pessoas e com o ambiente de trabalho. Outro sintoma que merece atenção dos estudiosos é a despersonalização, ou seja, a pessoa estranha o próprio corpo, como se tivesse fora dele. Esse quadro poderá evoluir a medida em que a pessoa desperta atitudes céticas e insensíveis em relação às outras pessoas do ambiente (MORAES, 2018).

As doenças desenvolvidas por razões de trabalho, a exemplo da SB, têm se multiplicado em grau de complexidade, compreendendo que esse aumento tem relações diretas com condicionantes individuais, organizacionais e sociais. A despeito disso, sabe-se que os profissionais de enfermagem (enfermeiros, auxiliares e técnicos) estão entre os grupos mais expostos a fatores condicionantes para o aparecimento de problemas de saúde: o tipo de prática profissional expõe o técnico de enfermagem a constantes desestabilizações emocionais (GARCIA et al, 2016).

Por razões diversas de sobrecarga de trabalho, baixos salários, ambiente de trabalho inóspito e que não oferece horas suficientes de descanso e lazer, e por estarem diretamente envolvidos com o tratamento diário dos pacientes, logo, os técnicos de enfermagem sofrem pressões psicológicas, além de intenso desgaste físico, levando-os a quadros de estresse, desânimo, irritabilidade, perda de memória momentânea (SIMÕES, 2020).

O desgaste emocional pode ser apresentado por uma série de fatores, cujos destaques são: o técnico de enfermagem não conseguir acompanhar e realizar o devido atendimento junto ao paciente, por falta de materiais, falta de medicamentos, equipamentos inadequados ou a inexistência deles, e até mesmo o ambiente não oferecer infraestrutura adequada para o conforto do cliente. Atualmente, o sistema de saúde pública, sobretudo nas emergências dos hospitais, onde os profissionais são submetidos a todos os tipos de cobrança, é o cenário ideal para acometer os profissionais técnicos de enfermagem a doenças laborais (GARCIA et al., 2016).

Dessa forma, tomando por escopo as informações preliminares, o objetivo do presente estudo é descrever os fatores de risco para o desenvolvimento da SB em técnicos de enfermagem de acordo com a literatura. Logo, serão relacionados na pesquisa, ambientes como prontos socorros, postos de saúde, laboratórios, ambulatorios e asilos, por possuírem características inóspitas para o trabalho de qualquer profissional de saúde, uma vez que se apresentam com riscos diversos de contaminação, os quais podem ser adicionados às atividades de atenção a pacientes com doenças diversas, além do psicológico de terem que conviver o tempo todo com a dor, o sofrimento humano e a morte (GONÇAVES, 1979).

1. MÉTODO

Trata-se de um estudo de revisão narrativa da literatura que consiste na apresentação de informações que proporcionam conhecimentos atuais sobre o tema explorado e enfatiza lacunas no corpo de pesquisas. (LAZARUS, 1984).

No qual foram abordados artigos científicos, a fim de descrever os fatores de risco que podem ocasionar a SB em técnicos de enfermagem de acordo com a literatura. Os artigos foram pesquisados nas seguintes bases de dados: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS); Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SCIELO), e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) através da associação dos Descritores em Ciências da Saúde (DECS) pelo booleano “and”: Burnout, Papel do Técnico em Enfermagem, Riscos Ocupacionais. Teve como critérios de inclusão: artigos publicados entre os anos de 2010 a 2020 em português e inglês, e que tenham ligação considerável com o tema proposto.

Sendo excluídos materiais que foram publicados antes de 2010 ou que não apresentassem relação considerável com o tema e/ou não estivessem nos idiomas inglês e português. Com base nos critérios acima, foram encontrados um total de 17 produções científicas. Essas foram analisadas por meio da análise temática.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

CONTEXTO HISTÓRICO DA SÍNDROME DE BURNOUT

No início da década de 1970, foram iniciados os primeiros estudos, que possibilitaram a Freudenberger observar que os voluntários com os quais trabalhava apresentavam um processo gradativo de desgaste de humor e desmotivação. Somente a partir de 1976, os estudos sobre Burnout ganharam um caráter científico, uma vez que foram criadas fundamentações teóricas e instrumentais capazes de registrar os sentimentos crônicos provocados por condições de trabalhos desgastantes (COELHO, 2014).

Voltando-se para os estudos com profissionais que trabalham diretamente e intensivamente com pessoas e influenciam suas vidas, a psicóloga social Christina Maslash foi a primeira a entender que as pessoas com Burnout apresentavam atitudes negativas e de distanciamento pessoal (KRAFT, 2006).

Atualmente, a SB é definida como uma reação à tensão emocional crônica causada pelo contato excessivo com pessoas, composta por três perspectivas relacionadas, porém, independentes: exclusão emocional, despersonalização e baixa

realização pessoal no trabalho. Pelo nível de exposição de intenso significado e abrangência, os enfermeiros estão submetidos a desenvolver a SB (KRAFT, 2006).

Numa abordagem clínica, estudos científicos têm demonstrado que a etiologia da síndrome está relacionada com uma dedicação demasiada do profissional em suas atividades, levando-o a um quadro de depressão ou até de suicídio. Numa perspectiva social-psicológica, tem-se o ambiente de trabalho como fator responsável e gerador da síndrome, sobretudo quando este está relacionado com o tipo de função. Estudos sobre a doença em âmbito organizacional concluíram ser este um fator que contribui para o desgaste profissional. Numa abordagem social-histórica, pode-se atribuir um papel importante para o surgimento da síndrome, uma vez que a sociedade moderna e pós-moderna elegeu os valores individualistas como base da conduta profissional (ALMEIDA et al., 2019).

Ela pode ser ocasionada pelo grande sofrimento psíquico a que os profissionais de saúde estão expostos em seus locais de trabalho, agravado pelas condições insalubres. A SB tem o código QD85 na (CID-10) e é entendida como um risco ocupacional para atividades profissionais que envolvam: cuidados com a saúde, educação e serviços humanos no Brasil. No setor de enfermagem, os profissionais são submetidos a uma exposição maior de fatores estressantes, provocados por aspectos diversos como falta de material básico de trabalho, remuneração inadequada frente às responsabilidades e formação exigida, sobrecarga de trabalho, baixo nível de controle e decisão em sua própria rotina de trabalho, entre outros. (SOUZA, 2017).

No contexto da saúde, é imprescindível que o profissional seja revestido de senso de responsabilidade, a fim de que possa ter liberdade para tomar decisões importantes, imprescindíveis para a recuperação do paciente. Para tanto, devem ser dadas a estes profissionais as condições materiais e emocionais para exercerem sua função com autonomia e segurança, além do reconhecimento público pelo que desempenham, gerando assim motivação e produtividade. (SOUZA, 2019).

Quadro 1 – Principais sintomas da Síndrome de Burnout

Físicos	<ul style="list-style-type: none">- Fadiga crônica- Insônia- Lapsos de memória- Alergias- Enxaqueca- Dores musculares- Distúrbios do sono- Dores no estômago- Hipertensão arterial, taquicardias e arritmias
Psíquicos	<ul style="list-style-type: none">- Tentativa de suicídio- Falta de atenção e concentração- Alterações de memória
Comportamentais	<ul style="list-style-type: none">- Irritabilidade- Resistência a mudanças- Perda de iniciativa- Maior consumo de café, álcool e remédios- Pior rendimento pessoal e baixa concentração- Depressão, comportamento paranoico
Defensivos	<ul style="list-style-type: none">- Perda de interesse pelo trabalho e pelas coisas pessoais- Ironia- Isolamento

Fonte: ASLACH (1998)

SÍNDROME DE BURNOUT NOS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM

A SB não é específica para os técnicos de enfermagem, também permeia os outros profissionais que perfazem a equipe de enfermagem como os auxiliares de enfermagem e enfermeiros. Ela acomete os profissionais de saúde de todas as áreas. No caso dos técnicos de enfermagem, a particularidade é o fato de eles estarem na linha de frente do cuidado e com o maior contato com os pacientes. Portanto, devido à prática laboral, denota uma exposição constante a fatores que favorecem o aparecimento de doenças, como a SB. A análise deve partir do ambiente de trabalho

e das relações interpessoais com colegas, gestores, pacientes, métodos, dentre tantos outros. Geralmente, eles estão inseridos em setores de urgências, UTIs, Centros Cirúrgicos, cuja dinâmica exige dos profissionais rapidez e agilidade no atendimento, uma vez que pacientes em estado grave e não podem esperar por decisões demoradas, nem falhas. É um trabalho que exige responsabilidade porque lidam com a dor e o sofrimento humano (GRAZZIANO, 2010).

É importante destacar, que tudo é relevante no estudo das razões que levaram o profissional a sofrer de SB, tanto o ambiente de trabalho quanto o ambiente pessoal. Ademais, não é uma doença desencadeada por culpa do profissional, mas tão somente devido ao “ambiente social no qual desempenha suas atividades laborais”. O trabalhador que se sente realizado com o trabalho e tem motivação para permanecer realizando suas atividades diárias, dificilmente terá sintomas da doença. Porém, essa satisfação não depende só dele, a empresa, deve contribuir criando um ambiente favorável, fornecendo os subsídios necessários para o bom desempenho das atividades. Para tanto, é preciso que haja investimentos materiais e humanos, uma logística que já se tornou preocupação de vários gestores de empresas privadas, cuja tendência global é que as empresas se preocupem com o bem-estar de seus colaboradores (SIMÕES,2020).

Fazendo-se um traçado sobre as variáveis próprias do trabalho e as variáveis relacionadas às condições em que este é realizado, pode-se chegar a uma conclusão sobre os principais aspectos que podem estar relacionados com a satisfação do enfermeiro ou técnico de enfermagem, a saber: a insatisfação pessoal sobre o próprio trabalho pode estar associada ao excesso de atividades exercidas ou ao volume de trabalho a ser realizado, se está compatível com a divisão de tarefas entre a equipe ou alguém ficará sobrecarregado; o grau de autonomia dado à equipe, eles podem tomar decisões imediatas ou estão ligados a consultas de chefia? Tudo isso pode influenciar no modo como os profissionais de saúde vão responder profissionalmente e pessoalmente (SIMÕES,2020).

Outro fator relevante, que pode ter relação com o aparecimento de estresse no trabalho é a relação dos profissionais de saúde com as novas tecnologias, pois o que ocorre é que o gestor compra o equipamento recém lançado, sem antes oferecer formação para o pessoal que vai operá-lo. Esse momento “high-tech’ em que o mundo está mergulhado exige um perfil de profissional generalista que saiba manusear os

equipamentos das UTIs, dos centros cirúrgicos e ao mesmo tempo saibam aplicar um soro, uma injeção, aferir uma pressão. Sem treinamento adequado, perde-se a ajuda técnica e o profissional se sente impotentes e logo incapacitado para estar naquele ambiente (SANTOS, 2010).

Ainda dentro dessas variáveis intrínsecas ao ambiente e que causa desmotivação ao profissional de saúde, observa-se desgaste quando existem diferenças entre a noção do trabalho a ser feito, segundo os conhecimentos do enfermeiro e a visão da organização para a qual trabalho, gerando conflito entre a execução desses papéis e, conseqüentemente, o desgaste do funcionário (SANTOS, 2010).

Nesse sentido, também é importante salientar a contenda causada entre a teoria e a prática, que sonda o profissional na formação da carreira, interferindo diretamente na satisfação pessoal com seu trabalho e na perspectiva de progresso. Desse modo, a consciência pessoal sobre sua própria evolução na profissão pode representar um estopim para o esgotamento, pois alcançar a carreira tão sonhada não é tarefa fácil. O profissional cria expectativas, aspira ascender profissionalmente. Por outro lado, o tempo que não abre espaço e a carga excessiva de trabalho dentro de um hospital é considerada uma variável determinante para a predisposição da SB, por seu grau de complexidade e demanda excessiva de atenção dos profissionais (ALMEIDA, 2019).

De acordo com Fonseca (2018), dentro do espaço físico aonde os enfermeiros e técnicos estão lotados, o volume de pessoas que necessitam de cuidados é alto, o que exige uma atenção constante dos profissionais. Além dessa variável, as atitudes do pessoal de saúde vão refletir na recuperação dos pacientes, de modo que poderá ser uma influência negativa ou positiva. O autor indica a necessidade de que os profissionais de saúde tenham acompanhamento psicológico para auxiliá-los a lidar com as cobranças, a burocracia excessiva, as políticas próprias da hierarquia estrutural do lugar em que labora, gestão despreocupada com o bem-estar da equipe.

Os fatores que podem desencadear a SB em técnicos de enfermagem também dizem respeito às motivações que a empresa oferece aos profissionais. Eles anseiam por trabalhos promissores e criam expectativas de conquistas como: gratificações, promoções, trabalhar em ambientes confortáveis, ganhar o suficiente para ter qualidade de vida. Entretanto, quando se deparam com a realidade que se apresenta

com mais exigências de profissionalismo, burocracias e isolamento, baixa remuneração, então forma-se um cenário que produz frustrações, ansiedade, estresse, que causarão o aparecimento de doenças como a SB (ROCHA, 2009).

A SB já é vista como uma epidemia entre os profissionais de saúde. Ela interfere na rotina de trabalho e, à medida em que os fatores vão se somando, o ambiente vai se tornando um lugar frio, de hostilidade, cujas exigências não oferecem resposta positivas em termos de gratificações econômicas, pessoais e profissionais, a tendência é o agravamento. Em relação aos aspectos econômicos e psicológicos, os ambientes de trabalho na área da saúde provocam a exaustão física e emocional. Ademais, segundo os autores pesquisados, existem “seis fontes de desajuste pessoa-trabalho que podem levar ao Burnout: sobrecarga de trabalho, falta de controle, recompensas ineficientes, falta de convivência coletiva, falta de justiça e conflito de valores”. (FERREIRA, 2015).

FATORES DE ENFRENTAMENTO DA SÍNDROME DE BURNOUT NOS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM

Graças a estudos realizados para medir o nível de saúde dos profissionais, o Ministério da Saúde, no ano de 2001, teve subsídios para aceitar a SB como uma questão de saúde pública logo representa um avanço que pode ajudar no enfrentamento da doença e no desenvolvimento de estratégias para auxiliar os profissionais de enfermagem. No entanto, é preciso que o governo invista em pesquisas para aprimorar o diagnóstico da síndrome, reafirmando seu reconhecimento legal e contribuindo no estímulo para atitudes e ações preventivas e combativas de estresse (BRASIL, 2001).

Nessa perspectiva, é necessário um olhar atento sobre o desgaste dos profissionais de saúde que, quando aliados com outros fatores relacionados a condições físicas, como sono, cansaço pelo excesso de horas trabalhadas e sofrimento psicológico, urge a necessidade de se criar programa para reverter essas situações, trabalhando para melhorar a qualidade no atendimento, que somente será possível se os profissionais tiverem condições adequadas para manter o equilíbrio e a forma física (LIMA, 2018).

Ademais, é importante uma visão holística sobre o trabalho dos profissionais de saúde, procurando remediar e evitar que o profissional seja desvalorizado, não

tendo seus trabalhos reconhecidos pelos administradores e por outros profissionais que prestam serviço no ambiente. Além desses aspectos, conflitos envolvendo trabalhadores e gestores costumam afetar o emocional das pessoas, causando impactos no desempenho da função (MORENO, 2011).

As saídas que os profissionais podem recorrer tendem a promover uma transformação nas atitudes e no ambiente de trabalho, vigorando como estratégias para combater os fatores de risco para a SB. O enfrentamento de situações adversas requer um preparo por parte do profissional, para tanto, é preciso a adoção de posturas como tentar se adaptar as ocasiões de pressão, tentar adquirir uma outra visão do ambiente de trabalho para acionar as janelas *lights* a fim de facilitar a aceitação das situações que se apresentarem (MOURA, 2019).

Essas estratégias são descritas em programas de psicodinâmica do trabalho, cujo objetivo é despertar a compreensão do princípio de transformações dos sofrimentos mentais que possuem vínculos com o tipo de trabalho a ser desenvolvido. Segundo a psicodinâmica, o sofrimento surge quando há uma disputa da pessoa com as condições adversas, criadas pelo tipo de organização do trabalho, que entram numa luta com a psique, não permitindo uma relação harmoniosa (PEDUZZI, 2004).

As pesquisas sobre a psicodinâmica do trabalho, no Brasil, começaram nos anos 80 e evoluíram à medida que as teorias foram evoluindo. No momento, elas estão voltadas para a busca de estratégias para que o profissional aprenda a lidar com a dor e o sofrimento, além de aprender a combater as atitudes de desânimo, inquietação, baixa estima, estresse, sentimento de despreparo para a função, buscando manter o equilíbrio em situações desfavoráveis. Nesse sentido, percebe-se que os profissionais podem encontrar soluções pessoais ou em grupo para planejar ações para lidar com os imprevistos, como criar ambiente descontraído, manter uma boa relação interpessoal, procurar se harmonizar com os gestores, tirar uns minutos para fazer exercícios de relaxamento, ouvir músicas que confortem, se alimentar de forma saudável e procurar ser respeitoso com os outros colegas (GARCIA, 2016).

Outras estratégias têm relação com o suporte social, configurado em apoio instrumental e emocional dentro do próprio ambiente de trabalho. Esse suporte diz respeito às relações interpessoais dos profissionais de saúde: oferta de ajuda, cuidados entre a equipe, respeito à dor do outro, manter uma relação de amizade. A outra estratégia é o enfrentamento do problema, que talvez se configure na melhor

saída para combater o estresse, pois o profissional precisa identificar o elemento estressor e tentar resolvê-lo. Para tanto, é necessário haver esforços ativos, cognitivos e um planejamento para conseguir enfrentar o problema, realizando um manejo para solucionar ou modificar esse elemento estressor (RODRIGUES, 2019).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A SB é um problema de saúde pública, uma vez que acomete os técnicos de enfermagem e muitos profissionais da área de saúde. Desta forma, o agravo “pode e deve ser tratado” como uma doença ocupacional resultante de uma série de fatores e variáveis relacionadas com a condição de trabalho: insatisfação, sobrecarga de serviço, horários incompatíveis com as funções biológicas do indivíduo, excesso de responsabilidades, ambientes inadequados, equipamentos insuficientes, além de questões de ordem financeiras como salários e contas pessoais.

Além desses fatores mencionados, a SB no técnico de enfermagem tem relação direta com as situações em que as equipes se submetem no cotidiano da função, desencadeando um desgaste profissional. Há muitas formas de combater o estresse no trabalho e evitar que os profissionais da área de saúde sejam acometidos por doenças ocupacionais.

Logo deve-se procurar combater o problema de forma eficaz, aplicando as técnicas e as estratégias que ajudam a aliviar o estresse desenvolvido no indivíduo no ambiente de trabalho e na resolutividade de problemas, os tornando capazes de serem resilientes aos desajustes diários e por parte dos gestores tornarem o ambiente laboral saudável a fim do desenvolvimento das práticas laborativas de forma efetiva para todos os envolvidos.

REFERÊNCIAS

[1] ALMEIDA, M.R.. Santos, J.; França, T.C.V. **Síndrome Burnout em Técnicos de Enfermagem em Centro de Especialidades Médicas**. Temas em Saúde. Edição Especial, João Pessoa, 2019.

[2] BRASIL. Ministério da Saúde. (2001). **Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde**. Disponível em

http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/02_0388_M1.pdf. Acesso em 3 de junho de 2020.

[3] COELHO, Maria Alice. **A Enfermagem: principais dificuldades na prática e o caminho a ser seguido**. Janeiro de 2014. Disponível em: <http://www.corengo.org.br/a-enfermagem-principais-dificuldades-na-pratica-e-o-caminho-a-ser-seguido_1844.html>. Acesso em: 22 fev. 2020.

[4] FERREIRA, Naiza do Nascimento.; Locca, Sérgio Roberto. **Síndrome de Burnout em técnicos de Enfermagem de um hospital público do Estado de São Paulo**. Rev. bras. Epidemiol. 2015.

[5] FONSECA, T.I. **A qualidade de vida no trabalho, o estresse e seus impactos no ambiente de trabalho e a síndrome de Burnout**. Universidade Cândido Mendes. RJ. 2018.

[6] GARCIA, Alessandra Bassalobre¹.; Haddad, Maria do Carmo Fernandez Lourenço².; Dellaroza, Mara Solange Gomes³.; Fernanda Ludmilla Rossi Rocha⁴.; Paloma de Souza Cavalcante Pissinati.; **Estratégias utilizadas por técnicos de enfermagem para enfrentar o sofrimento ocupacional em um pronto-socorro**. Revista Rene. marc-abr. 2016.

[7] GONÇAVES, Norma Leão. **Técnico de enfermagem: estudo de funções em hospitais e clínicas particulares**. Rev. Bras. Enferm. vol.32 no.2 Brasília, 1979.

[8] GRAZZIANO, Sem Nome; FERRAZ, Bianchi. **Impacto do Stress Ocupacional e Burnout para Enfermeiros**. Enfermería Global, [S.l.], v. 1, n. 18, p. 1-4, fev. 2010. Disponível em: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/n18/pt_revision1.pdf>. Acesso em: 22 mar. 2020.

[9] KRAFT, Ulrich. **Esgotamento Total**. Mente & Cérebro, [S.l.], p. 1-1, jun. 2006. Disponível em: <http://www2.uol.com.br/vivermente/reportagens/esgotamento_total.html>. Acesso em: 23 mar. 2020.

Lazarus RS, Folkman S. Stress, Appraisal, and Coping. New York: Springer Publishing Company;1984.

[10] LIMA, V.Z.; Baggio, D.; Fernandes, A.J. **A importância da gestão de pessoas para a qualidade de vida no trabalho.** Rev.Unifeso, Humanas e Sociais. Vol.4, nº4. Teresopolis-RJ, 2018.

[11] MORENO, F.N.; Pinn, G.G.; Haddad, L.M.C.; Vannuchi, M.T.O. **estratégias e intervenções no enfrentamento da síndrome de burnout.** Rev. enferm. UERJ, jan/mar; 19(1):140-5. Rio de Janeiro. 2011

[12] MOURA, Reinaldo dos Santos.; Saraiva, Francisco Jolisom Carvalho.; Rocha, Kely Regina da Silva Lima.; Santos, Regina Maria.; Silva, Nayara Alexandra Rodrigues.; Albuquerque, Waleska Duarte Melo. **Estresse, burnout e depressão nos auxiliares e técnicos em enfermagem das unidades de terapia intensiva.** Revista eletrônica trimestral de enfermagem. Universidade de Murcia. Abril 2019

[13] PEDUZZI, M.; ANSELMINI, M. L. **O auxiliar e o técnico de enfermagem: categorias profissionais diferentes e trabalhos equivalentes.** Rev. bras. enferm. vol.57 no.4 Brasília July/Aug. 2004

[14] ROCHA, E.S.B.; Trevizan, M.A. **Gerenciamento da qualidade em um serviço de enfermagem hospitalar.** Rev. Latino-Am. Enfermagem vol.17 no.2 Ribeirão Preto Mar./Apr. 2009

[15] RODRIGUES, I.F. **Estratégias de Coping no enfrentamento da vitimização de adolescentes.** Rev CIPEEX, Vol. 2. Unievangélica. 2019.

[16] SANTOS, P.G. **O Estresse e a Síndrome de Burnout em Enfermeiros Bombeiros Atuantes em Unidades de Pronto-Atendimentos (UPAS).** Pós-Grad. Enf. UFERJ. 2010.

[17] SCHIMZ, Giliane Aparecida. **Síndrome de Burnout : uma proposta de análise sob enfoque analítico-comportamental** / Giliane Aparecida Schmitz. – Londrina, 2015.

[18] SIMÕES, J. **Síndrome de Burnout na Equipe de Enfermagem: Desafios e Perspectivas –Uma Revisão de Literatura**. Arquivos do Mudi, v. 24, n. 1, p. 133-144. UNOPAR. Santa Catarina: 2020.

[19] SOUZA, E.C.M. **A Síndrome de Burnout em Profissionais de Saúde**. 2017. Disponível em:<<https://psicologado.com/atuacao/psicologia-hospitalar/a-sindrome-de-burnout-em-profissionais-de-saude>>. Acesso em: 23 mar. 2020.

[20] SOUZA, L.F.S.C.; Bezerra, M.M.M. **Síndrome de Burnout e os cuidados da terapia cognitivo-comportamental**. Rev.Mult. e de Psic. Id on line. V.13, Nº 47. UFCA-Ce.2019.

[21] SOUZA, A.M.J.; Nascimento P.S.; Borges, J.S; Lima, T.B.; Chaves S.N. **Síndrome de Burnout: Fatores de risco em enfermeiros de unidades de terapia intensiva**. C&D-Rev. El. da FAINOR, Vitória da Conquista, v.11, n.2, p. 304-315, maio/ago. 2018.