



Pesquisa e Aplicação em Enfermagem

Alvaro Perazzo
(Organizador)



Pesquisa e Aplicação em Enfermagem

Alvaro Perazzo
(Organizador)

 **Bookerfield**

Editora Chefe

Marcia A. A. Marques

Coordenadora Editorial

Isabela Arantes Ferreira

Bibliotecária

Maria Alice Ferreira

Diagramação

Marcos Antonio Ribeiro Pereira

Arte da Capa

Matheus Lacerra

Imagem da Capa

Freepik

Revisão

Os autores

O conteúdo deste livro está licenciado sob uma licença de Atribuição Creative Commons. Atribuição-Não-Comercial Não Derivativos 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0).



2021 by Bookerfield Editora

Copyright © Bookerfield Editora

Copyright do Texto © 2021 Os autores

Copyright da Edição © 2021 Bookerfield Editora

Os autores cedem à Bookerfield Editora os direitos para esta edição

Esta obra é de natureza digital (e-book). Versões impressas são permitidas, não tendo a Bookerfield Editora qualquer responsabilidade pela confecção e distribuição de exemplares físicos deste conteúdo.

Todos os manuscritos da obra passaram por rigorosa avaliação cega pelos pares, baseadas em critérios científicos e imparciais, recebendo a aprovação após atender os critérios técnicos estabelecidos pelo Conselho Editorial.

Todo o conteúdo do livro e de artigos individuais é de responsabilidade exclusiva de seus respectivos autores, não sendo a Bookerfield Editora responsável por quaisquer eventuais irregularidades.

Situações como plágio, má conduta ética/científica ou dados e resultados fraudulentos são de responsabilidade do autor, comprometendo-se a Bookerfield Editora em investigá-las rigorosamente e tomar as ações cabíveis.

O download, compartilhamento e referência da obra são permitidos mediante atribuição de crédito aos autores e à Editora. A comercialização desta obra é expressamente proibida.

CONSELHO EDITORIAL

Ciências Agrárias

Afrânio Silva Madeiro
Alirya Magda Santos do Vale Gomes
Ana Luiza Trovo Marques de Souza
Carlos Eugenio Fortes Teixeira
Daniela Kunkel
Daniele Cristina Ficanha
Elson Barbosa da Silva Junior
Fabiana Schiochet
Fernando Rezende da Costa
Flávio José Rodrigues Cruz
Heiriane Martins Sousa
João Francisco Severo Santos
Joelma Leão Buchir
Kleber Fernando Pereira
Marden Manuel Rodrigues Marques
Maria Cristina Bueno Coelho
Monyck Jeane dos Santos Lopes
Pablo Daniel Freitas Bueno

Ciências Biológicas

Cesar Augusto Cunha Cervantes
Débora Cristina Damasceno
Érika Alves Tavares Marques
Fabiola Aliaga de Lima
Flávio José Rodrigues Cruz
Heiriane Martins Sousa
Jaqueline Rocha Borges dos Santos
Joelma Leão Buchir
José Amorim
José Maria Ferraz Filho
Jussara Gonçalves Fonseca
Kleber Fernando Pereira
Mário César de Oliveira
Morgana do Nascimento Xavier
Nathália Sayuri Yamamoto
Noemi Mendes Fernandes
Patricia Köster e Silva

Rafael Mesquita Stoque
Renato Luís Veiga Oliveira Júnior
Veronica Gabriela Ribeiro da Silva

Ciências da Saúde

Adriano José Barbosa Junior
Alexandre Daré de Almeida
Ana Irene Coelho Nunes
Ana Luiza Trovo Marques de Souza
Andrea Borges Gaia
Andressa Ribeiro Contreira
Camila Gemin R. Locatelli
Carlos Vinícius Pagani Vieira
Machado
Débora Cristina Damasceno
Elisângela Rodrigues Carrijo
Fabiana Leticia Sbaraini
Fabio José Antonio da Silva
Fabrício Casanova
Gisela da Costa Mascarenhas
Greicielle Pereira Arruda
Ivonete Aparecida Alves Sampaio
Janaina da Câmara Zambelli
Jandira Maria do Amarilho Silveira
Jaqueline Rocha Borges dos Santos
João Francisco Severo Santos
Jogilmira Macedo Silva Mendes
José Aderval Aragão
José Maria Ferraz Filho
José Roberto Zaffalon Júnior
Juliane Campos Inácio
June Fernanda Maria Teixeira
Katia Fernanda Forti Porcaro
Kilvia Paula Soares Macedo
Líncon Bordignon Somensi
Luciane Cristina Arantes
Marcello Alberton Herdt
Marcelo Benedet Tournier
Marcelo de Oliveira Pinto

Marcos Guimarães de Souza Cunha
Marcos Roberto Brasil
Maria Cristina C Nepomuceno
Carvalho
Nara Michelle Moura Soares
Nillianne Charles Ribeiro
Rafael Mesquita Stoque
Randson Souza Rosa
Renato Carlos Machado
Rogério Wagner da Silva
Sheila Moura Amaral
Simone Mattos do Nascimento
Sofia Banzatto
Suzana Silva Lira
Taíza Fernanda Ramalhais
Thaís Mendonça Resende
Thiago Luciano Rodrigues da Silva
Valéria Rodrigues da Conceição
Veronica Gabriela Ribeiro da Silva
Vivian Victoria Vivanco Valenzuela

Ciências Exatas e da Terra

Andrea Sartori Jabur
Cláudia Hitomi Watanabe Rezende
Dalvani Fernandes
Duany Dreyton Bezerra Sousa
Edfram Rodrigues Pereira
Evandro Preuss
Gisane Aparecida Michelin
Henrique Mariano Costa do Amaral
Henrique Pereira Oliveira Neves
Hermam Vargas Silva
Isidro ihadua
João César Abreu de Oliveira Filho
Lívia Sancho
Luiz Eduardo da Silva Gomes
Manolo Cleiton Costa de Freitas
Marco Aurélio Schünke
Marcos do Carmo Pereira
Rodolfo Lucas Bortoluzzi
Sonia Tomie Tanimoto
Vagner Marques de Moura

Valdecir Alves dos Santos Júnior

Ciências Humanas

Adailton Pereira de Melo
Alberto Carlos de Souza
Ana Margarida Theodoro Caminhas
Breno Henrique Ferreira Cypriano
Bruna Pacheco de Almeida
Bruno Cezar Silva
Camila Bueno Grejo
Camila de Vasconcelos Tabares
Carlos Eduardo Mauricio
Dalvani Fernandes
Dayane Cristina Guarnieri
Deiziane Pinheiro Aguiar
Eduardo Henrique Assis Cidade
Elisângela Rodrigues Carrijo
Eulalia Fabiano
Fernando Cesar Mendes Barbosa
Guilherme Camara Meireles
Guilherme William Udo Santos
Isadora Vianna Sento-Sé
João César Abreu de Oliveira Filho
João Francisco Severo Santos
Josael Jario Santos Lima
Josiane Nascimento Andrade
Luana Mayer de Souza
Marcos Pereira dos Santos
Marcos Pereira Magalhães
Maria Cristina C Nepomuceno
Carvalho
Marlon Nantes Foss
Miguel Rodrigues Netto
Oscar Yecid Bello Bello
Rebecca Bianca de Melo Magalhães
Sandra das Dores Souza
Silvio Santiago-Vieira
Susan Audrey Bueno dos Santos
Taíza Fernanda Ramalhais
Tatiane dos Santos Duarte
Vanderlei Frari
Vânia Maria Carvalho de Sousa

Vinícius Dantas Silveira

Ciências Sociais Aplicadas

Aline De Souza Lima Barbaroto
Ana Margarida Theodoro Caminhas
Bruna Pacheco de Almeida
Bruno Cezar Silva
Camila Nathalia Padula de Godoy
Cassio Rene Duminelli
Daniel Nascimento e Silva
Eduardo Henrique Assis Cidade
Elisângela Rodrigues Carrijo
Érika Rigotti Furtado
Eulalia Fabiano
Fernando Cesar Mendes Barbosa
Gisela da Costa Mascarenhas
Hermam Vargas Silva
Horácio Monteschio
Isabel das Mercedes Costa
Isadora Vianna Sento-Sé
João Clécio de Sousa Holanda
João Francisco Severo Santos
João Vitor Gomes Pinto
Josael Jario Santos Lima
Josiane Nascimento Andrade
Marco Aurelio de Jesus Mendes
Maria Cristina C Nepomuceno
Carvalho
Miguel Rodrigues Netto
Nelson Calsavara Garcia Junior
Renato Obikawa Kyosen
Rodolfo Lucas Bortoluzzi
Sandra Couto Barbosa
Solange Kileber
Susan Audrey Bueno dos Santos
Vanessa Paiva Costa Vale
Vinícius Dantas Silveira

Engenharias

Alejandro Victor Hidalgo Valdivia
Andrea Sartori Jabur
Andréia Monique Lermen

Daniele Cristina Ficanha
Elaine Patricia Arantes
Fernando Oliveira de Andrade
Henrique Mariano Costa do Amaral
Israel Henrique Ribeiro Rios
Jaime Andres Castaneda Barbosa
Marcelo Henrique da Silva
Marcelo Marques
Marcos Guimarães de Souza Cunha
Rafael Gonçalves Mafra
Rodolfo Lucas Bortoluzzi
Thiago Averaldo Bimestre
Valdecir Alves dos Santos Júnior
Vanessa Paiva Costa Vale

Linguística, Letras e Artes

Alberto Carlos de Souza
Geison Araujo Silva
Guilherme William Udo Santos
José Edson Barros Correia
Luciano de Oliveira Costa
Márcia Donizete Leite-Oliveira
Marlon Nantes Foss
Sílvio Santiago-Vieira
Thiago Blanch Pires
Vera Regiane Brescovici Nunes

Multidisciplinar

Alejandro Victor Hidalgo Valdivia
Aline De Souza Lima Barbaroto
Ana Margarida Theodoro Caminhas
Andrea Sartori Jabur
Andréia Monique Lermen
Cláudia Hitomi Watanabe Rezende
Érika Alves Tavares Marques
Fernanda Imada de Lima
Fernando Oliveira de Andrade
Guilherme Camara Meireles
Isidro ihadua
José Amorim
Marcelo Marques
Vanessa Paiva Costa Vale

Pesquisa e Aplicação em Enfermagem

Editora Chefe Marcia A. A. Marques
Coordenadora Editorial Isabela Arantes Ferreira
Bibliotecária Maria Alice Ferreira
Diagramação Marcos Antonio Ribeiro Pereira
Revisão Os autores

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Pesquisa e aplicação em enfermagem [livro eletrônico] / Alvaro Perazzo (organizador). -- São Paulo : Bookerfield, 2021.
PDF

Vários autores.
Bibliografia
ISBN 978-65-89929-25-3

1. Assistência à saúde 2. Enfermagem
3. Enfermagem - Pesquisa 4. Enfermagem - Prática
I. Perazzo, Alvaro.

21-85266

CDD-610.73072

NLM-WY 100

Índices para catálogo sistemático:

1. Enfermagem : Pesquisa 610.73072

Maria Alice Ferreira - Bibliotecária - CRB-8/7964

DOI 10.53268/BKF21091700

Bookerfield Editora
São Paulo – Brasil
Telefone: +55 (11) 99841-4444
www.bookerfield.com
contato@bookerfield.com



DECLARAÇÃO DOS AUTORES

Os autores declaram não haver qualquer interesse comercial ou irregularidade que comprometa a integridade desta obra; declaram que participaram da elaboração e revisão da obra, atestando a confiabilidade dos dados e resultados; declaram que a obra está livre de plágio acadêmico; declaram que a publicação desta obra não fere qualquer outro contrato por eles firmados; declaram ter atendido eventuais exigências de outras partes, como instituições financiadoras, para a publicação desta obra.

APRESENTAÇÃO

A pesquisa em enfermagem se fundamenta na produção de conhecimento científico que favoreça o aperfeiçoamento do tratamento oferecido aos pacientes.

Neste contexto é indispensável reunir conhecimentos básicos e específicos para o completo entendimento da ciência aplicada à enfermagem.

O livro “pesquisa e aplicação em enfermagem” apresenta como proposta a exposição de pesquisa aplicadas que se inter-relacionam, consolidando o conhecimento necessário ao exercício da profissão.

O livro está estruturado em sete excelentes capítulos cujos títulos estão descritos a seguir: “Qualidade de vida no trabalho de enfermeiros e o reflexo no processo de trabalho”, “Perfil epidemiológico de idosos institucionalizados”, “Caracterização do perfil e capacidade funcional de idoso com artrite reumatoide no município de João Pessoa PB”, “Compreensão e vivência das pessoas idosas acerca da sexualidade e motivos de vulnerabilidade para o HIV transmissível”, “Cuidados de enfermagem e o paliativismo em unidades de terapia intensiva: uma revisão integrativa”, “Acupuntura e espiritualidade no cuidado da enfermagem oncológica”, “Alta do prematuro da unidade de terapia intensiva neonatal: preocupação dos pais: parte I”, “Alta do prematuro da unidade de terapia intensiva neonatal: preocupação dos pais: parte II”.

Nosso objetivo é que os artigos científicos publicados neste volume possam auxiliar os profissionais na sua prática profissional, incentivando-os na busca por novos conhecimentos e convidando-os a dar continuidade a este volume, publicando os resultados de suas pesquisas em próximas oportunidades oferecidas pela Bookerfield.

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1	12
QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO DE ENFERMEIROS E O REFLEXO NO PROCESSO DE TRABALHO	
Janaina Neves Machado	
Nalú Pereira da Costa Kerber	
Melissa Guterres Costa	
Vanessa Franco de Carvalho	
DOI: 10.53268/BKF21091701	
CAPÍTULO 2	24
PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS	
Jogilmira Macêdo Silva Mendes	
Jessica de Araújo Negreiros Paiva	
Cícera Renata Diniz Vieira	
Marina Saraiva de Araújo Pessoa	
Magaly Suênya Pinto Almeida Abrantes	
Rosangela Vidal de Negreiros	
Emanuel Nildivan Rodrigues da Fonseca	
Kaisy Martins de Albuquerque Madruga	
DOI: 10.53268/BKF21091702	
CAPÍTULO 3	33
CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL E CAPACIDADE FUNCIONAL DE IDOSO COM ARTRITE REUMATOIDE NO MUNICÍPIO DE JOÃO PESSOA - PB	
Jogilmira Macêdo Silva Mendes	
Katia Neyla de Macêdo Costa	
Marina Saraiva de Araújo Pessoa	
Magaly Suênya Pinto Almeida Abrantes	
Rosangela Vidal de Negreiros	
Emanuel Nildivan Rodrigues da Fonseca	
Kaisy Martins de Albuquerque Madruga	
Emanuel Macêdo Silva	
DOI: 10.53268/BKF21091703	
CAPÍTULO 4	48
COMPREENSÃO E VIVÊNCIA DAS PESSOAS IDOSAS ACERCA DA SEXUALIDADE E MOTIVOS DE VULNERABILIDADE PARA O HIV	
Jéssica Maria Marques Henriques	
Marina Saraiva de Araújo Pessoa	
Magaly Suênya Pinto Almeida Abrantes	
Rosangela Vidal de Negreiros	
Emanuel Nildivan Rodrigues da Fonseca	
Ana Claudia Torres de Medeiros	
Adriana Lira Rufino de Lucena	
Jogilmira Macêdo Silva Mendes	
DOI: 10.53268/BKF21091704	

CAPÍTULO 561

**CUIDADOS DE ENFERMAGEM E O PALIATIVISMO EM UNIDADES DE
TERAPIA INTENSIVA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA**

Thaís Mendonça Resende

Vanessa Rodrigues de Abreu

Gisele Aparecida Fofano

DOI: 10.53268/BKF21091705

CAPÍTULO 673

**ACUPUNTURA E ESPIRITUALIDADE NO CUIDADO DA ENFERMAGEM
ONCOLÓGICA**

Thaís Mendonça Resende

Leonice Fumiko Sato Kurebayashi

DOI: 10.53268/BKF21091706

CAPÍTULO 785

**ALTA DO PREMATURO DA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA
NEONATAL: PREOCUPAÇÃO DOS PAIS: PARTE I**

Flávia Simphronio Balbino

Vera Lúcia Barbosa

Massuco Naganuma

DOI: 10.53268/BKF21091707

CAPÍTULO 893

**ALTA DO PREMATURO DA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA
NEONATAL: PREOCUPAÇÃO DOS PAIS: PARTE II**

Flávia Simphronio Balbino

Vera Lúcia Barbosa

Massuco Naganuma

DOI: 10.53268/BKF21091708

QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO DE ENFERMEIROS E O REFLEXO NO PROCESSO DE TRABALHO

Janaina Neves Machado

Universidade Federal do Rio Grande
- FURG, Rio Grande/RS

lattes.cnpq.br/4748814547306706

Nalú Pereira da Costa Kerber

Universidade Federal do Rio Grande
- FURG, Rio Grande/RS

lattes.cnpq.br/7008709060833542

Melissa Guterres Costa

Universidade Federal do Rio Grande
- FURG, Rio Grande/RS

lattes.cnpq.br/7068157539373624

Vanessa Franco de Carvalho

Instituto Federal de Educação,
Ciência e Tecnologia do Rio Grande
do Sul – IFRS -

Campus Rio Grande/RS

lattes.cnpq.br/3410574266500108

RESUMO – A Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) pode assumir diversos significados, sendo geralmente associada à satisfação ou insatisfação com o ambiente e às condições de trabalho. Os enfermeiros, como importantes agentes no cuidado à população,

tornam-se alvo de pesquisas que abordam a temática da qualidade de vida no trabalho. Acredita-se que estes profissionais sofram diariamente influência do ambiente de trabalho e das condições oferecidas por seus empregadores, fazendo assim, surgir questionamentos acerca do significado da QVT, bem como dos aspectos que influenciam positiva e negativamente a QVT da enfermagem. Este manuscrito trata-se de um recorte de dissertação apresentada em 2014, revisada de acordo com a literatura atual. Para tanto, realizou-se uma revisão integrativa da literatura dos últimos 15 anos abordando a temática qualidade de vida no trabalho de enfermeiros. Foram incluídos artigos completos, nos idiomas português, inglês e espanhol. Após, análise minuciosa dos achados, identificou-se os aspectos que influenciam o processo de trabalho de enfermeiros e a qualidade de vida.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem, Qualidade de vida, Condições de trabalho.

1 INTRODUÇÃO

Sob a ótica capitalista de Marx o trabalho, visto como algo

exclusivo do homem - no sentido de espécie - é utilizado para satisfazer suas necessidades ou as de outros de qualquer natureza. O trabalhador é descrito como a força de trabalho em ação e depende, além do esforço do corpo, da atração do trabalhador pela tarefa ou método de execução. Os elementos do processo de trabalho, constituem-se da atividade adequada a um fim, entendida como o próprio trabalho a tarefa profissional; a matéria a que se aplica o trabalho, o objeto de trabalho, o ser humano, família e comunidade e os meios de trabalho, podendo ser entendidos como os instrumentos, os materiais, a educação em saúde e a pesquisa entre outros (MARX, 2012).

A Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) pode assumir diversos significados, sendo geralmente associada à satisfação ou insatisfação com o ambiente e às condições de trabalho oferecidas pela empresa ou organização; fatores que podem contribuir para a realização profissional (SANTOS *et al.*, 2017). Posto isto, os enfermeiros são vistos como importantes agentes no cuidado à população, tornam-se alvo de pesquisas que abordem a temática da qualidade de vida no trabalho. Acredita-se que estes profissionais sofram diariamente influência do ambiente de trabalho e das condições oferecidas por seus empregadores, fazendo surgir questionamentos acerca dos riscos a que estes se expõem, da qualidade de vida e da qualidade da assistência prestada.

No trabalho em enfermagem, o enfermeiro utiliza as atividades de gerencia, pesquisa e ensino como ferramentas ou instrumentos para a implementação do cuidado, sendo este o produto final do seu trabalho (BACKES *et al.*, 2008). Pondera-se então, que são inúmeras as atividades que o enfermeiro precisa desenvolver durante seu processo de trabalho e, conforme as condições do ambiente de trabalho, os agentes e os recursos materiais disponíveis, estes podem promover ou reduzir a QVT.

O enfermeiro atua como um elo entre pacientes e trabalhadores e entre a equipe de enfermagem e os demais profissionais, desempenhando uma função importante na construção coletiva do cuidado, pois articula-se e interage com todos os profissionais envolvidos na assistência aos pacientes, bem como com os demais serviços de apoio. Diante do exposto, cabe ao enfermeiro desenvolver e aprimorar características essenciais como a criatividade, a capacidade de tomar decisões assertivas e a resolução de problemáticas de forma eficiente e eficaz, contribuindo para uma assistência qualificada (BARRETO *et al.*, 2021).

Os estudos que buscam compreender o significado da QVT para os enfermeiros têm o compromisso, de um modo geral, de retratar suas realidades e apontar as potencialidades e fragilidades existentes nos ambientes de trabalho, as quais podem vir a ser exploradas no intuito de melhorar a qualidade de vida dos trabalhadores, bem como a qualidade da assistência prestada por eles.

Este manuscrito trata-se de um recorte de dissertação apresentada em 2014, revisada de acordo com a literatura atual. Para tanto, realizou-

se uma revisão integrativa da literatura dos últimos 15 anos abordando a temática qualidade de vida no trabalho de enfermeiros. Foram incluídos artigos completos, nos idiomas português, inglês e espanhol. Após, análise minuciosa dos achados, identificou-se os aspectos que influenciam o processo de trabalho de enfermeiros e a qualidade de vida.

2 PROCESSO DE TRABALHO DE ENFERMEIROS E A QUALIDADE DE VIDA

O trabalho é entendido como atividade essencial para a sobrevivência do ser humano e se relaciona com as necessidades objetivas e subjetivas do trabalhador. É uma das formas de crescimento pessoal e social do homem, auxiliando para a formação de laços e para as vivências de prazer. O produto gerado pelo trabalho é característico no papel do desenvolvimento de um país, estado ou cidade, e também de uma família, considerado um coadjuvante na qualidade de vida e saúde. Dessa forma, os agravos à saúde do trabalhador desenvolvem-se de forma multicausal (RIBEIRO *et al.*, 2020).

Direcionado para o trabalho em saúde, encontra-se inserido nesse contexto, o setor de enfermagem, que se configura como um ambiente coletivo, permeado por regras e rotinas, complexo em sua organização e em seus processos laborais. O trabalho da enfermagem é cercado de sofrimentos, medos, conflitos, tensões, disputa de poder, ansiedade e estresse, lida com a vida e morte dos pacientes, exaustivas jornadas de trabalho, e outros aspectos que fazem parte do seu cotidiano laboral (RIBEIRO *et al.*, 2020).

Numa interpretação direcionada aos serviços de saúde, Pires define os elementos constituintes do processo de trabalho:

O processo de trabalho dos profissionais de saúde tem como finalidade – a ação terapêutica de saúde; como objeto – o indivíduo ou grupos doentes, sadios ou expostos a risco, necessitando medidas curativas, preservar a saúde ou prevenir doenças; como instrumental de trabalho – os instrumentos e as condutas que representam o nível técnico do conhecimento que é o saber de saúde e o produto final é a própria prestação da assistência de saúde que é produzida no mesmo momento que é consumida (PIRES, 2008, p. 161).

Na área da saúde, o trabalho é caracterizado como a prestação de serviços, por meio do cuidado da saúde dos indivíduos, família e comunidade e, portanto, inserido no setor terciário da economia dos países. Entender a enfermagem como um trabalho envolve a compreensão das práticas de saúde como práticas sociais, as quais transcendem a magnitude profissional e técnica. Ao mesmo tempo, é uma prática dinâmica, que requer uma revisão constante de seus componentes diante das mudanças na sociedade e dos

modelos de assistência em saúde. Especificamente no Processo de Trabalho em ensino, as relações profissionais são diferenciadas e as atividades de ensino são executadas na prática e, portanto, existe uma peculiaridade nas formas como o processo de saúde-doença é vivenciado (GIORDANO; FELLI, 2017).

Durante o processo de trabalho, a atividade do homem opera uma transformação sobre um objeto, com um objetivo específico, por meio de determinados instrumentos (MARX, 2012). Estes conceitos iniciais sobre trabalho e processo de trabalho se fazem necessários para a compreensão também do processo de trabalho do enfermeiro, pois se acredita na adequação da linguagem do autor para elucidar as questões inerentes ao fazer em enfermagem.

De acordo com Sanna (2007), o trabalho é estruturado em decorrência das necessidades individuais de cada pessoa, além daquelas relacionadas à sobrevivência do corpo, também é preciso que se leve em consideração aquelas do âmbito social. O trabalho se modifica para atender às mudanças demandadas por quem expressa as necessidades que os motivam.

Dessa forma as ações de enfermagem são planejadas e determinadas de acordo com as prioridades determinadas pelos próprios indivíduos. É em função delas que o trabalho da enfermagem é planejado para o sucesso das ações. Para Marx o planejamento faz parte do processo de trabalho, precede e faz parte de toda ação (MARX, 2012).

O trabalho em enfermagem é diretamente afetado pelas condições de trabalho que influenciam a percepção da qualidade de vida no trabalho desses profissionais, e geralmente, o trabalho do enfermeiro possui especificidades que potencializam o prazer e o amor pela profissão, mas também ao adoecimento físico, mental, emocional. Entende-se que há um leque de processos de trabalho dos quais a enfermagem se utiliza para realizar outros processos na assistência, os quais não constituem valor para sociedade por não se tratarem de bens materiais palpáveis, como por exemplo o tempo em que o profissional gasta planejando uma ação e conhecimentos, habilidades que emprega nesta ação, o trabalho que despense se atualizando, buscando o conhecimento a fim de qualificar o seu fazer etc, (ALMEIDA, 2018).

Para Rios, Barbosa e Belasco (2010) a qualidade de vida abrange aspectos subjetivos e objetivos da vida do indivíduo, é o reflexo da necessidade do ser humano de buscar um equilíbrio, tanto interno quanto externo. Ao direcionar para a Qualidade de Vida no Trabalho (QVT), a percepção, geralmente, é relacionada à satisfação ou insatisfação no trabalho, incluindo aspectos relativos à manutenção da saúde, condições de trabalho adequadas, prevenção de riscos psicossociais, todos esses fatores podendo contribuir para a promoção da realização profissional (CANDEIAS, GOMES, MELO, 2011).

Geralmente, os cenários de atuação desses profissionais refletem a

precariedade, materializado pela falta de recursos materiais e escassez de profissionais, gerando sobrecarga em funcionários de determinados setores devido à alta demanda, além de vínculos de trabalho frágeis e salários baixos. Portanto, considera-se que doenças ocupacionais se apresentem como um grande inimigo no setor da saúde (BARRETO *et al.*, 2021).

Enfermeiros no decorrer de suas atividades diárias, encontram-se expostos aos mais diversos riscos biológicos, químicos, físicos e ergonômicos, tornando-se assim um grupo vulnerável para o desenvolvimento de doenças, repercutindo tanto em sua qualidade de vida quanto na qualidade da assistência prestada ao paciente e sua família. A prática profissional do enfermeiro envolve o conhecimento de questões que abrangem o contexto social, econômico, político, desenvolvendo atividades de ensino, pesquisa e gerencia. Esses profissionais em suas condições de trabalho são encarregados de atividades com elevados níveis de responsabilidade, em decorrência da má remuneração acabam por cumprir cargas horárias excessivas, levando-os a exaustão, alto nível de estresse e danos psicológicos (BARRETO *et al.*, 2021).

No Brasil, as equipes de enfermagem constituem um grupo importante no contexto dessas discussões, tendo em vista os plantões longos (geralmente de 12 horas) adotados nos hospitais e a prática comum de múltiplos empregos, levando à exacerbação da jornada de trabalho (FERNANDES *et al.*, 2017). Nessa perspectiva, verifica-se nos últimos anos a deterioração das condições de trabalho em saúde e enfermagem. O setor de serviço vem sendo sufocado por um intenso enxugamento de recursos materiais e escassez qualitativa e quantitativa de trabalhadores, além de apresentar vínculos de trabalho frágeis, submissão a baixos salários e a perdas de direitos laborais (DIAS *et al.*, 2019).

Para Pires (2009), a sociedade atual depende das tecnologias materiais e a globalização influencia o consumismo em detrimento da valorização do cuidado, esta inversão de valores dificulta o reconhecimento de práticas como a da enfermagem. Para a autora o cuidado é essencial à sobrevivência dos seres humanos, para que vivam “com saúde, felicidade e bem-estar, e para curar-se em situações de doenças” (PIRES, 2009, p.740).

A preocupação com a precarização do trabalho de enfermagem é crescente, uma vez que interfere diretamente na saúde do trabalhador, exposto à intensificação do trabalho e ao sucateamento das condições laborais, à extensão da jornada laboral, à adoção da polivalência e da multifuncionalidade e à prática do multiemprego devido aos baixos salários da categoria. Essa precarização resulta em sofrimento psicofísico para o trabalhador, além do comprometimento da qualidade e segurança da assistência, em qualquer um dos níveis de atenção em saúde (DIAS *et al.*, 2019).

As condições de trabalho na saúde e particularmente da enfermagem, experimentaram transformações profundas ao ritmo das mudanças gerais desenvolvidas no mundo do trabalho. Devido às novas configurações do trabalho, que pressiona por alta demanda laboral e, por sua vez, oferece

inadequadas condições, esta atividade favorece ao adoecimento desses trabalhadores, que em contrapartida, relegam a segundo plano o cuidado com a própria saúde (D'OLIVEIRA *et al.*, 2020).

A valorização do trabalhador de enfermagem interfere diretamente no seu desempenho profissional, pois, por conta da baixa valorização e reconhecimento social, os salários são ínfimos, e as condições de trabalho, inadequadas. Assim, gera-se insatisfação e desmotivação no trabalho, prejudicando a qualidade da assistência e a saúde do trabalhador (DIAS *et al.*, 2019).

O estudo de LUA *et al.* (2018) identificou prevalência de 15,8% de autoavaliação negativa da saúde. Os fatores associados foram: incompatibilidade das atividades desenvolvidas com o cargo, média e alta sobrecarga doméstica, situação de trabalho ativo (alto controle, alta demanda), avaliação ruim da qualidade de vida e transtornos mentais comuns. Os achados corroboram a relação entre processo saúde-doença, condições de vida e trabalho que indicam a necessidade de políticas públicas de prevenção e promoção da saúde dos trabalhadores de enfermagem.

A qualidade de vida no trabalho assume, principalmente, os significados de bem-estar e de satisfação com as atividades desenvolvidas, assim como inclui a capacidade de preservação da saúde do trabalhador (SÁPIA, FELLI, CIAMPONE, 2009; NEVES *et al.*, 2010; FONTANA, BRIGO, 2011; MEMBRIVE *et al.*, 2011).

A percepção da QVT é geralmente relacionada à satisfação ou insatisfação, incluindo os aspectos relacionados à manutenção da saúde e prevenção de riscos e agravos. Dentre os fatores que podem influenciar na percepção de QV dos trabalhadores, citam-se as jornadas de trabalho excessivas, altas cargas de trabalho e os aspectos relacionados à manutenção das necessidades humanas básicas, como sono e repouso, convívio social e familiar, acesso ao lazer e possibilidade de um trabalho digno (SANTOS *et al.*, 2017; GALDINO *et al.*, 2021). No estudo de NEVES *et al.*, 2010, a felicidade ganha destaque como elemento essencial para melhorar a QVT; além do ambiente de trabalho adequado e boa qualidade nas relações sociais (MEMBRIVE *et al.*, 2011).

Os enfermeiros vivem um processo de trabalho árduo físico e psicologicamente exaustivo, trabalhando em turnos, com sobrecarga de trabalho motivada pelo insuficiente número de trabalhadores para atender às unidades superlotadas. Além disso, nesse ambiente, permeado de relações interpessoais complexas com a equipe multiprofissional, o processo fragmentado, há falta de reconhecimento, autonomia e desvalorização da classe; há o convívio diário com o sofrimento, altas exigências de desempenho das equipes e para com a segurança do paciente. Estes e outros fatores desencadeiam o estresse ocupacional e produzem agravos à saúde física e mental. Entre as principais repercussões associadas ao estresse ocupacional, têm-se o absenteísmo, insatisfação laboral, acidentes de trabalho, diminuição

da qualidade de vida, síndrome de Burnout, problemas cardiovasculares, distúrbios psíquicos, além do declínio do desempenho do trabalhador, que impacta a qualidade do cuidado (MELO *et al.*, 2020).

O estresse ocupacional na enfermagem é um elemento que desperta bastante interesse por parte dos pesquisadores, sendo caracterizado por Urbanetto *et al* (2011) como o resultado de uma relação não equilibrada entre o controle do profissional sobre seu trabalho e as demandas psicológicas. A equipe de enfermagem atua sob a pressão de cuidar de pacientes com risco de morte, tendo que agir e raciocinar com rapidez (MARTINS, ROBAZZI, BOBROFF, 2010); esta tarefa exige conhecimento, preparo e concentração, expondo cotidianamente o profissional a situações de estresse e sofrimento psicológico. O enfermeiro, na qualidade de líder da equipe, pode ficar sobrecarregado com as funções assistenciais e administrativas, sofrendo grande impacto emocional.

Evidenciando o sofrimento dos profissionais, foi referido nos estudos a ocorrência da Síndrome de Burnout entre os trabalhadores da enfermagem, a qual é definida como uma síndrome psicológica proveniente do grande estresse ocupacional e da constante tensão emocional (TAMAYO, TRÓCCOLI, 2009; EZAIAS *et al.* 2010). Suas principais manifestações encontradas foram o alto grau de exaustão emocional, de despersonalização e a baixa realização profissional (EZAIAS *et al.* 2010).

No ambiente de trabalho o enfermeiro, juntamente com a equipe como um todo, trabalha em prol do bem estar dos pacientes e, muitas vezes, acaba por negligenciar o cuidado com sua própria saúde (PIMENTA *et al.*, 2020; NEVES *et al.*, 2010). Foram encontrados relatos de trabalhadores de enfermagem referindo sintomas adversos como dores nas costas, ocasionadas pela manutenção de posturas desconfortáveis, em função de mobiliários inadequados, transporte e movimentação de pacientes (RIOS, BARBOSA, BELASCO, 2010).

O sofrimento psíquico apresenta etiologia multifatorial, entretanto alguns fatores foram citados na literatura, dentre eles o ritmo excessivo de trabalho e as longas jornadas sem intervalo para descanso e refeições (ROCHA, DE MARTINO, 2010). Sintomas depressivos também são encontrados com frequência entre os trabalhadores de enfermagem, caracterizados por humor deprimido, culpabilidade, diminuição do interesse ou prazer em executar as atividades dentro e fora do ambiente de trabalho, diminuição do apetite e da concentração, alterações do sono e baixa autoestima. Quando os sintomas se prolongam, classifica-se como depressão (RIOS, BARBOSA, BELASCO, 2010).

Uma baixa qualidade de vida é reflexo de um mundo contemporâneo, sendo processo da globalização nesse modelo neoliberal, marcado pela insegurança, pelo individualismo, pela competitividade, pela fragilidade dos vínculos empregatícios e laborais, pela falta de valorização, afetando deste modo todas as dimensões sociais da vida do ser humano, em específico, dos

profissionais de saúde, impactando negativamente na qualidade de vida e de trabalho destes (SILVA *et al.*, 2020).

Em outro estudo, dos fatores que influenciam a qualidade de vida, 19,4% referiram a baixa remuneração, 15,7% condições de trabalho e motivação e 13,1% carga horária e estresse (SEMEDO *et al.*, 2018). A insatisfação com a remuneração financeira exerce influência negativa direta na QV do trabalhador, bem como o pagamento digno promove a QVT (NEVES *et al.*, 2010).

Diversos estudos descreveram as longas ou duplas jornadas de trabalho como o fator que mais influencia negativamente a QV dentro e fora do ambiente de trabalho, pois reduz o tempo de convívio do profissional com sua família, reduz o tempo destinado ao descanso e lazer, interferindo também na quantidade e qualidade do sono e repouso. Com o passar do tempo estes fatores podem levar a diversas disfunções de ordem física e psíquica (NEVES *et al.*, 2010; FONTANA, BRIGO, 2011; SILVA, ROTENBERG, FISCHER, 2011).

É preciso considerar que a jornada de trabalho não diz respeito somente ao ambiente em que se desenvolvem as atividades remuneradas, mas também às práticas no meio acadêmico e no lar. Por ser uma característica na enfermagem a predominância do sexo feminino, foram realizados estudos sobre os desgastes específicos que atingem as mulheres, despontando conflitos pessoais e a culpa por destinar pouca atenção aos filhos e o desencadeamento de sintomas psicossomáticos comprometedores da qualidade de vida (SÁPIA, FELLI, CIAMPONE, 2009; MININEL, BAPTISTA, FELLI, 2011).

A jornada do trabalho feminino, geralmente divide-se entre as tarefas da casa e as do trabalho. As tarefas domésticas não geram nem permitem o descanso semanal ou as férias remuneradas, tais tarefas podem afetar a autoestima das mulheres e levar à fadiga crônica e à exaustão física e mental (MININEL, BAPTISTA, FELLI, 2011). Assumir o cuidado com os filhos e cumprir atividades domésticas dificultam o descanso após o turno trabalhado, isto pode levá-las a adoecer com maior frequência e consequentemente faltar ao trabalho (COSTA, VIEIRA, SENA, 2009).

3 CONSIDERAÇÕES

A QVT é resultado de múltiplos fatores que estão intimamente relacionados com os elementos do próprio processo de trabalho. Está ligada à qualidade das relações entre os membros da equipe, ao sentimento de satisfação e prazer em desenvolver as atividades, à remuneração justa e à possibilidade de manutenção da saúde. Ainda, a QVT é afetada por situações vivenciadas no trabalho, como a relação interpessoal e o convívio com o sofrimento dos pacientes.

Espera-se, a partir desta revisão, repensar as ações de promoção

da saúde e da qualidade de vida do trabalhador de enfermagem. Torna-se necessário discutir amplamente na sociedade as condições de trabalho e remuneração da categoria. Além disso, refletir sobre as fragilidades do ambiente de trabalho que afetam a vida dos enfermeiros e incentivar discussões entre os trabalhadores da enfermagem entre si e com os gestores, contribuindo para colocar em evidência as dificuldades enfrentadas, de forma que juntos, gestão e trabalhadores possam lançar mão de estratégias para melhorar a QVT, bem como instigue a produção de novos trabalhos sobre a temática.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M. A. R. Prazer e sofrimento no trabalho do enfermeiro hospitalar. **Revista Nursing**, 2018. v. 21, n. 246, p. 2482-2488.

BACKES, D. S. *et al.* O papel do enfermeiro no contexto hospitalar: a visão de profissionais de saúde. **Cienc Cuid Saude**, Maringá, v. 7, n.3, p. 319-326, Jul-Set. 2008.

BARRETO, G. A. A. *et al.* Condições de trabalho da enfermagem: uma revisão integrativa. **REVisA**. 2021. v.10, n.1, p.13-21.

CANDEIAS, A.; GOMES, L.; MELO, M. M. **Qualidade de Vida no Trabalho em Enfermagem: que conceito?**. Anais. Saúde e Qualidade de Vida: uma meta a atingir, anais do V Congresso em Saúde e Qualidade de Vida. Portugal, Cidade do Porto. Dez 2011. ISBN 978-989-96103-5-4.

COSTA, F. M.; VIEIRA, M. A.; SENA, R. R. **Absenteísmo relacionado à doenças entre membros da equipe de enfermagem de um hospital escola**. *RevBrasEnferm*, Brasília, v. 62, n.1, p. 38-44, Jan-Fev. 2009.

D'OLIVEIRA, C. A. F. B. *et al.* **Configurações do mundo do trabalho e o processo saúde-doença dos trabalhadores docentes de enfermagem**. *Revista enfermagem UERJ*. Rio de Janeiro, 2020.

DIAS, M. O. *et al.* Percepção das lideranças de enfermagem sobre a luta contra a precarização das condições de trabalho. **Revista Escola de Enfermagem da USP**. 2019.

EZAIAS, G. M. *et al.* Síndrome de Burnout em Trabalhadores de Saúde em um Hospital de Média Complexidade. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v.18, n.4, p. 524-529, Out-Dez. 2010.

FERNANDES, J. C. *et al.* Jornada de trabalho e saúde em enfermeiros de hospitais públicos segundo o gênero. **Revista de saúde pública**. 2017. v. 51, n. 63.

FONTANA, R. T.; BRIGO, L. Estudar e trabalhar: percepções de técnicos de enfermagem. **Esc Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 128-133, Jan-Mar. 2011.

GALDINO, M. J. Q. *et al.* Burnout, workaholism e qualidade de vida entre docentes de pós-graduação em enfermagem. **Revista Acta Paulista de Enfermagem**. 2021.

GIORDANO, D. P. *et al.* Calidad de vida laboral y estrategias de mejoradetrabajo de la enfermería docente. **Revista Ciencia y Enfermaria**. 2016; p. 26-16.

GIORDANO, D. P.; FELLI, V. E. A. Processo de trabalho dos docentes de enfermagem. **Revista Latino-americana de Enfermagem**. 2017.

LUA, I. *et al.* Autoavaliação negativa da saúde em trabalhadoras de enfermagem da atenção básica. **Revista Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, V. 16, n. 3, p. 1.301-1.319, set. /dez. 2018.

MARTINS, J. T.; ROBAZZI, M. L. C. C.; BOBROFF, M.C.C. Prazer e sofrimento no trabalho da equipe de enfermagem: reflexão à luz da psicodinâmica Dejouriana. Ver **Esc Enferm USP**, São Paulo, v.44, n.4, p. 1107-1111. 2010.

MARX, K. H. **O capital: crítica da economia política: livro I**. 30. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2012. p. 966. ISBN 9788575593257.

MELO, A. B. R. *et al.* Danos à saúde e qualidade de vida no trabalho de enfermeiros hospitalares: Um estudo transversal. **Revista de enfermagem UERJ**. Rio de Janeiro, 2020.

MELO, J. A. C. M. *et al.* Desgaste psíquico dos trabalhadores de enfermagem radiológica em serviços de medicina nuclear. **Revista Brasileira de Enfermagem**. 2020.

MEMBRIVE, J. M. *et al.* Qualidade de vida em mulheres climatéricas que trabalham no sistema sanitário e educativo. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.19, n.6, p.[08 telas], Nov-Dez. 2011.

MININEL, V. A.; BAPTISTA, P. C. P.; FELLI, V. E. A. Cargas psíquicas e processos de desgaste em trabalhadores de enfermagem de hospitais universitários brasileiros. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.19, n.2, p.[09 telas], Mar-Abr. 2011.

NEVES, M. J. A. O. *et al.* Influência do Trabalho Noturno na Qualidade de Vida do Enfermeiro. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v.18, n.1, p. 42-47, Jan-Mar. 2010.

PIMENTA, C. J. L. *et al.* Condições de saúde e características do trabalho de enfermeiros de um hospital universitário. **Revista Rene**. 2020.

PIRES, D. **Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil**. 2ª ed. São Paulo: Annablume/CNTSS, 2008. 254 p. ISBN 8574190381.

PIRES, D. A enfermagem enquanto disciplina, profissão e trabalho. **Ver Bras Enferm**, Brasília; v.62, n.5, p. 739-44, Set-Out. 2009.

RIBEIRO, I. A. P. *et al.* Consumo de substancias psicoativas por trabalhadores de

enfermagem: Revisão integrativa. **Revista Texto & Contexto Enfermagem**. 2020, V.29.

RIOS, K. A.; BARBOSA, D. A.; BELASCO, A. G. S. Avaliação de qualidade de vida e depressão de técnicos e auxiliares de enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.18, n.3, p. [09 telas], Mai-Jun. 2010.

ROCHA, M. C. P.; DE MARTINO, M. M. F. O estresse e qualidade de sono do enfermeiro nos diferentes turnos hospitalares. **Ver Esc Enferm USP**, São Paulo, v.44, n.2, p. 280-286. 2010.

SANNA, M. C. Os processos de trabalho na Enfermagem. **Ver Bras Enferm**, Brasília, v.60, n.2, p. 221-224, Mar-Abr. 2007.

SANTOS, D. A. C. *et al.* Qualidade de vida sob a ótica de Enfermeiros do Centro Cirúrgico de um Hospital público. **Enfermagem em Foco**. 2019; v. 10, n. 4, p. 07-11.

SANTOS, L.N. *et al.* Avaliação da qualidade de vida no trabalho de enfermeira de hospitais gerais. **Revista de enfermagem UERJ**. Rio de Janeiro. 2017.

SÁPIA, T.; FELLI, V.E.A.; CIAMPONE, M.H.T. Problemas de saúde de trabalhadores de enfermagem com ambulatórios pela exposição à cargas fisiológicas. **Acta Paul Enferm**, São Paulo, v.22, n.6, p.808-813. 2009.

SEMEDO, D. S. R. *et al.* Profile of nurses from Cape Verde/Africa: The Influencing Factors of Life Quality. **Revista Online de Pesquisa. J. Res.: Fundam. Care**. Online. 2018 oct/dec. v. 10, n. 4, p. 945-950.

SILVA, A. A.; ROTENBERG, L.; FISCHER, F. M. Jornadas de trabalho na enfermagem: entre necessidades individuais e condições de trabalho. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v.45, n.6, p.1117-1126 . 2011.

SILVA, K. G. Associação entre dados sociodemográficos e domínios da qualidade de vida em profissionais de enfermagem. **Rev Rene**. 2020.

TAMAYO, M. R.; TRÓCCOLI, B. T. **Construção e validação fatorial da Escala de Caracterização do Burnout (ECB)**. Estudos de Psicologia, Campinas, v.14, n.3, p. 213-221, Set-Dez.2009.

URBANETTO, J. S. *et al.* Estresse no trabalho da enfermagem em hospital de pronto-socorro: análise usando a Job Stress Scale. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.19, n.5, p. [10 telas], Set-Out. 2011.

XAVIER, H. C. *et al.* Alta exigência no trabalho e alto risco cardiovascular em funcionários de uma universidade pública. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**. 2017.

QUALITY OF LIFE IN THE WORK OF NURSES AND THE REFLECTION IN THE WORK PROCESS

ABSTRACT – The Quality of Life at Work (QWL) can take on different meanings, being generally associated with satisfaction or dissatisfaction with the environment and working conditions. Nurses, as important agents in the care of the population, become the target of research that addresses the issue of quality of life at work. It is believed that these professionals are daily influenced by the work environment and the conditions offered by their employers, thus raising questions about the meaning of QWL, as well as the aspects that positively and negatively influence the QWL of nursing. This manuscript is an excerpt from a dissertation presented in 2014, revised according to current literature. Therefore, an integrative literature review of the last 15 years was carried out, addressing the theme of quality of life in the work of nurses. Full articles were included, in Portuguese, English and Spanish. After a thorough analysis of the findings, the aspects that influence the work process of nurses and the quality of life were identified.

KEYWORDS: Nursing, Quality of life, Working conditions.

CAPÍTULO 2

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS

Jogilmira Macêdo Silva Mendes

Docente da Universidade Federal de Campina Grande - UFCG, Campus Campina Grande - PB

lattes.cnpq.br/6629976429793759

Rosangela Vidal de Negreiros

Docente da Universidade Federal de Campina Grande, Campus Campina Grande, Paraíba – PB

lattes.cnpq.br/4901008118689191

Jessica de Araújo Negreiros Paiva

Enfermeira pela Faculdade Nova Esperança, João Pessoa – PB

lattes.cnpq.br/0750754579167074

Emanuel Nildivan Rodrigues da Fonseca

Docente da Universidade Federal de Campina Grande, Campus Campina Grande, Paraíba – PB

lattes.cnpq.br/1007947175556188

Cícera Renata Diniz Vieira

Docente da Universidade Federal de Campina Grande - UFCG, Campus Cajazeiras, Campina Grande – PB

lattes.cnpq.br/8842460114307022

Kaisy Martins de Albuquerque Madruga

Doutora pela Universidade Federal da Paraíba - UFPB, João Pessoa – PB

lattes.cnpq.br/2594119041076306

Marina Saraiva de Araújo Pessoa

Mestranda da Universidade Federal de Paraíba, João Pessoa – PB

lattes.cnpq.br/4811711853358823

Magaly Suênya Pinto Almeida Abrantes

Docente da Universidade Federal de Campina Grande, Campus Cuité, Sousa – PB

lattes.cnpq.br/3057010828975137

RESUMO – O envelhecimento populacional é um dos grandes desafios a ser enfrentado nas próximas décadas, configurando um novo quadro epidemiológico de prevalência de doenças crônicas, assim, o estudo teve como objetivo avaliar o perfil epidemiológico dos idosos residentes em Instituições de Longa Permanência. Trata-se de um estudo exploratório e descritivo com

abordagem quantitativa, sendo a amostra do estudo de 50 idosos. A coleta de dados foi realizada no mês outubro de 2013. O trabalho foi desenvolvido na Casa de Longa Permanência, que fica em Cabedelo – PB. Da população em estudo, 60% é do sexo feminino; em relação ao estado civil 61% são solteiros; 83% possuem filhos; 73% realizam práticas saudáveis e 44% apresenta alguma comorbidade. Os familiares sentem-se mais confortáveis em deixá-los em uma casa de longa permanência e a grande maioria dos idosos se diz feliz e satisfeito com o tratamento recebido.

PALAVRAS-CHAVE: Envelhecimento; Idoso; Saúde; Enfermagem.

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um dos grandes desafios a ser enfrentado nas próximas décadas, pois se sabe que, à medida que os anos passam, surgem consequências na saúde geral do indivíduo que podem levar a uma maior influência de agravos, configurando um novo quadro epidemiológico de prevalência de doenças crônicas, contribuindo para a redução da capacidade física e biológica, o que influencia na diminuição da capacidade funcional, compromete a independência física, mental e a autonomia do idoso, podendo comprometer sua qualidade de vida.⁽¹⁾

Este novo cenário epidemiológico é caracterizado pelo predomínio de doenças crônico- degenerativas, como a Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus, Osteoporose, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), Insuficiência Renal.⁽²⁾

Identificando este panorama, o governo, através das diretrizes da Política Nacional do Idoso, busca promover um envelhecimento saudável, fomentando a manutenção da capacidade funcional deste grupo etário através da prevenção de doenças, da recuperação da saúde dos que adoecem. Porém, muitas vezes, a reabilitação não é imediata e os riscos de incapacidades surgem necessitando de pessoas capacitadas para prestar o cuidado ao idoso, observando suas necessidades físicas, psicológicas e emocionais, seus desejos, estimulando o máximo sua autonomia.⁽³⁾

Com isso, tem crescido a demanda por Instituições de Longa Permanência para atender e acompanhar integralmente o idoso, seu quadro clínico de cronicidade, as dificuldades biopsicossociais, encontradas pelas famílias para a realização do cuidado. Estes serviços têm a responsabilidade de atender as necessidades básicas dessas pessoas como também suprir as perdas sociais e a ausência dos familiares, proporcionando bem estar, segurança, autonomia e independência.⁽⁴⁾

Ademais, este estudo tem o objetivo de identificar o perfil de idosos que vivem em Instituições de Longa Permanência.

2 MÉTODO

Trata-se de um estudo exploratório descritivo com abordagem quantitativa, realizado em uma Instituição de Longa Permanência, tendo uma amostra de 50 idosos. Enquadrou-se como critério de inclusão: idosos que apresentavam alguma comorbidade, quem moravam na instituição de longa permanência, que aceitassem a participação na pesquisa e, por fim, assinar o termo de consentimento livre e esclarecido.

A coleta de dados foi realizada no mês outubro de 2013, após a aprovação do projeto pelo comitê de ética e pesquisa (CEP) da FACENE\FAMENE, sob número de parecer: 492.731 e CAE: 21106513.2.0000.5179. Dessa forma, as informações foram adquiridas através da aplicação de um formulário no formato de entrevista. Assim, os dados foram coletados, analisados em um programa Microsoft Excel e interpretados em números por meio de técnica estatística.

Ademais, a pesquisa ocorreu considerando os aspectos éticos preconizados pela Resolução CNS 466/12 e 311/07, no art. II, dos aspectos éticos, que trata do envolvimento com seres humanos em pesquisa.⁽⁵⁾

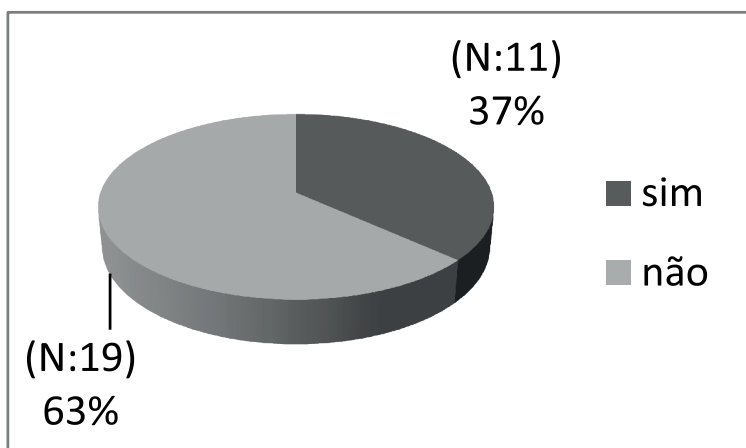
3 RESULTADOS

Observou-se predomínio (36%) na faixa etária acima de 80 anos; (60%) do sexo feminino; (61%) solteiros; (83%) católicos; (80%) portadores de patologias crônicas, como pode-se observar nas tabelas seguintes.

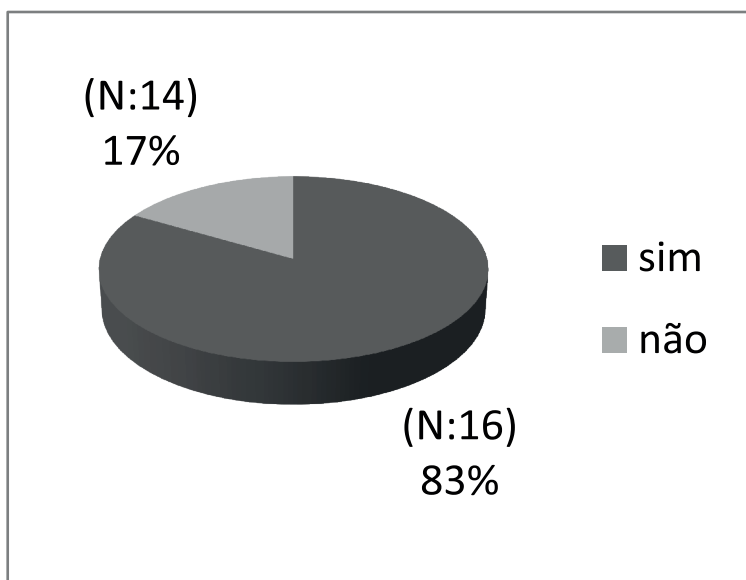
Tabela 1 - Patologias apresentadas pelos participantes (30) da pesquisa.
Cabedelo, PB, Brasil, 2013

PATOLOGIAS	SIM	%	NÃO	%	TOTAL
Diabetes	15	50	15	50	100
Hipertensão Arterial	21	70	9	30	100
Osteoporose	5	16	25	83	100
Doenças reumáticas	1	3	29	96	100
Outras	2	6	28	93	100

Fonte: Pesquisa direta.

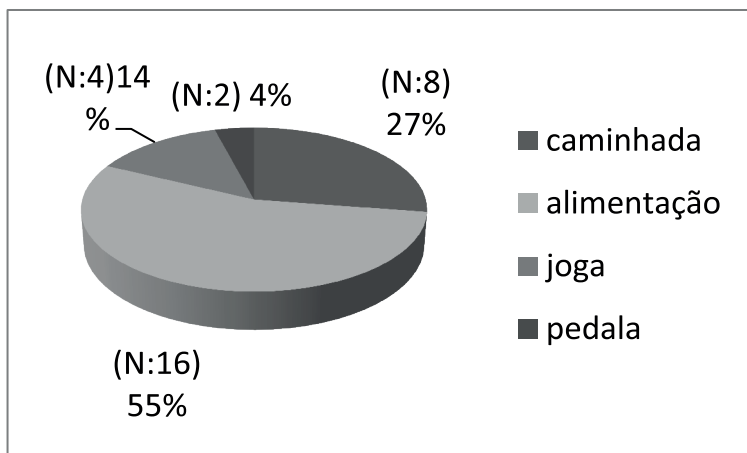
Gráfico 1 - Prática de atividade física. Cabedelo, PB, Brasil, 2013

Fonte: Pesquisa direta.

Gráfico 2 – Percentual de idosos que são acompanhados pelo médico. Cabedelo, PB, Brasil, 2013

Fonte: Pesquisa direta.

Gráfico 3 - Atividades desempenhadas pelos idosos institucionalizados. Cabedelo, PB, Brasil, 2013



Fonte: Pesquisa direta.

Tabela 2 – Serviços de saúde ofertados na instituição. Cabedelo, PB, Brasil, 2013.

SERVIÇO	SIM	%	NÃO	%	TOTAL
IMUNIZAÇÃO	27	90	3	10	100
ADMINISTRAÇÃO MEDICAMENTOS	29	97	1	3	100
GLICEMIA	29	97	1	3	100
CITOLÓGICO	-	-	-	-	-
EXAME DE PROSTATA	1	3	29	97	100
AUXILIO NA ALIMENTAÇÃO	3	10	27	90	100
VERIFICAÇÃO DOS SSVV	28	93	2	7	100
BANHO NO LEITO	7	23	23	7	100
OUTROS	1	3	29	97	100

Fonte: Pesquisa direta, Cabedelo – PB, out, 2013.

4 DISCUSSÃO

O envelhecimento da população mundial é um fato progressivo, genérico, que está vinculado à situação social, econômica e epidemiológica da população, no qual as consequências da forma como se envelhece podem afetar o indivíduo no ponto de vista clínico, emocional e afetivo.⁽⁶⁾

A representação elevada do sexo feminino aponta um diferencial entre homens e mulheres, fato gerador de sérias implicações no campo da saúde, nas políticas de emprego, de saúde e auxílio a longo prazo, pois a longevidade dessas mulheres, na maioria dos casos, é vivenciada por uma saúde fragilizada.⁽⁷⁾

A maioria dos participantes mostrou-se nunca ter tido companheiro, demonstrando que esse estado civil predispõe o idoso a ser institucionalizado, devido a não aceitação dos familiares de cuidar, não ter trabalho, nem querer perder noites de sono cuidando do idoso.⁽⁴⁾

O número de idosos institucionalizados portadores de alguma doença crônica é elevado. Essas enfermidades são complexas e dispendiosas, pois em muitos casos reduzem a capacidade funcional relacionada à imobilidade, a executar as atividades do cotidiano, como o autocuidado, impedindo o indivíduo de viver de forma autônoma e independente.⁽⁸⁾

Estudo⁽⁹⁾ relata que as afecções que mais atingem a população idosa é a Hipertensão Arterial, a Diabetes Melittus e as doenças Osteoarticulares. Dessa forma, um estudo⁽¹⁰⁾ com essa faixa etária, em Belo Horizonte referiu que (85,28%) possuíam as mesmas patologias.

Esse panorama epidemiológico pode estar relacionado com a baixa qualidade de vida, influenciada pelo gênero, idade, condição social, econômica e a presença de incapacidades físicas.

A presença de múltiplas condições crônicas num mesmo indivíduo leva a um declínio mais rápido de sua saúde, e conseqüentemente, maiores chances de complicações das mesmas e de sua terapêutica, fatores que podem afetar a capacidade funcional, indicador decisivo para um envelhecimento bem sucedido, no qual este depende de três características essenciais: baixo risco de doença e incapacidades, funcionamento físico e mental elevado e envolvimento ativo com a vida.⁽¹¹⁾

Segundo estudos, grande parte dos idosos apresenta interesse em realizar atividade física, para manter-se ativo, independente, condição favorável para a interação social. A rotina dessa prática ajuda o idoso a lidar com as mudanças que ocorrem no seu corpo, recurso importante na melhora da autoestima, autoconfiança, satisfação e bem estar psicológico.

Além disso, a prática regular de atividade física proporciona benefícios fisiológicos como: aumento da flexibilidade, melhora da força e resistência muscular, prevenção do diabetes, redução do percentual de gordura corporal e diminuição da massa, fatores que auxiliam no sistema cardiorrespiratório.

O processo de envelhecimento, por si só, pode acarretar declínio anatômico, condicionando o idoso a receber cuidados constantes, principalmente quando institucionalizados, pois muitos se encontram inativos. A frequência da assistência médica proporciona ao idoso uma avaliação contínua, sistematizada, de forma a prevenir alterações severas nas condições físicas, funcionais e cognitivas. Porém, essa constância da

assistência médica ainda é restrita em muitos ambientes geriátricos, como também são poucos os estudos que avaliam as condições físicas e funcionais dos idosos institucionalizados (GONÇALVES, 2010).

A prática de atividade física proporciona resistência de força dos membros superiores e inferiores, fortalece a musculatura tornando-a firme, forte e flexível para realizar movimentos corporais que exijam flexibilidade, fator que auxilia no deslocamento em ruas, calçadas, favorecendo desvios mais rápidos de objetos, pessoas, como também, auxilia nos níveis de coordenação motora, contribuindo para a realização das atividades de vida diária, ofertando o idoso viver mais saudável, independente contribuindo para a prevenção de incapacidades, oportunizando melhor autoestima, bem estar psicológico e social (SALVADOR et al., 2009).

Os principais objetivos das ILPIs são oferecer ambiente seguro e acolhedor para idosos cronicamente debilitados e funcionalmente dependentes; garantir serviços de atenção biopsicossocial que atendam às necessidades das pessoas idosas em estado de vulnerabilidade; restaurar e manter o máximo grau de independência funcional; preservar a autonomia; promover o conforto e a dignidade dessas pessoas com doença terminal, oferecendo suporte aos seus familiares; estabilizar ou tornar mais lenta a progressão de Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (DCNT); prevenir e reconhecer intercorrências agudas e iatrogenias.

Os serviços oferecidos em uma instituição de longa permanência são de suma importância para o bem-estar do indivíduo. Devem ser oferecidos inúmeros serviços para o idoso, entre eles, os principais citados nesta tabela.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O envelhecimento populacional tem trazido preocupações para os profissionais enfermeiros com relação ao planejamento e à implementação de cuidados que visem melhorar a qualidade de vida dos idosos institucionalizados. Esta preocupação tem sido um incentivo para a realização de estudos que possam melhor caracterizar este grupo e discutir intervenções de enfermagem que mais se apliquem às situações clínicas e problemas de vida desta população.

Lamentavelmente, muitas instituições de longa permanência não estão preparadas para oferecer um cuidado adequado, sobretudo no que diz respeito à estrutura física e melhor qualificação do pessoal.

Os idosos que estão institucionalizados despertam uma preocupação ainda maior pela fragilidade social, psicológica e física em que pode se encontrar. Percebe-se que essa demanda requer cuidados de enfermagem mais qualificado, justificada pelo nível de dependência, patologias instaladas, número de medicamentos utilizados e riscos de complicações apresentadas.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA T, LOURENÇO ML. REFLEXÕES: conceitos, estereótipos e mitos acerca da velhice. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**. 2009; 6(2). Disponível em: <https://doi.org/10.5335/rbceh.2012.171>

BORGES APA, COIMBRA AMC. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Rio de Janeiro: EAD/Ensp. 2008. Disponível em: http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_912998204.pdf

BORGES LV, COIMBRA FR, RODRIGUES MC, PEREIRA MAL. Atividade Física para o Idoso. **Anais dos Congressos de Pedagogia**. 2008. Disponível em: http://74.125.155.232/scholarq=cache:LuahhG0SL.CQI:scholar.google.com/atividade+para+o+idoso&hl=pt-BR&as_sdt=2000

BORGES PLDC, BRETAS RP, AZEVEDO SFD, BARBOSA JMM. Perfil dos idosos frequentadores de grupos de convivência em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. 2008; 24(12): 2798-2808. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008001200008>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil, 150(112); 2012.

CAMARANO AA, KANSO S. **Perspectivas de crescimento para a população brasileira: velhos e novos resultados**. 2009. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/td_1426.pdf

CARDOSO JH, COSTA JSDD. Características epidemiológicas, capacidade funcional e fatores associados em idosos de um plano de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. 2010;15(6):2871-2878. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000600024>

CHAIMOWICZ F, ET AL. **Saúde do idoso**. Belo Horizonte: Nescon/ UFMG, Coopmed; 2009.

OLIVEIRA ERAD, GOMES MJ, PAIVA KMD. Institucionalização e qualidade de vida de idosos da região metropolitana de Vitória-ES. **Esc Anna Nery**. 2011;15(3):518-23. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452011000300011>

OLIVEIRA MPFD, NOVAES MRCG. Perfil socioeconômico, epidemiológico e farmacoterapêutico de idosos institucionalizados de Brasília, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**. 2013;18(4):1069-1078. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000400020>

SILVA BCO, CARVALHO GRP, SILVA CARVALHO I, LIMA NETO AV, ARAÚJO NUNES VM, ARAÚJO RDT. Experiências vivenciadas por acadêmicos de enfermagem com idosos institucionalizados e não institucionalizados. **Revista Kairós: Gerontologia**. 2012; 15(2):179-189. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/>

viewFile/13815/10190

TAVARES DMS, DIAS FA. Capacidade funcional, morbidades e qualidade de vida de idosos. **Texto & Contexto Enfermagem**. 2012; 21(1): 112-120. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072012000100013>.

VIRTUOSO JF, MAZO GZ, MENEZES EC, CARDOSO ASA, DIAS RG, BALBÉ GP. Perfil de morbidade referida e padrão de acesso a serviços de saúde por idosos praticantes de atividade física. **Ciência & Saúde Coletiva**. 2012; 17(1): 23-31. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000100005>

EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF INSTITUTIONALIZED ELDERLY PEOPLE

ABSTRACT – Population aging is one of the major challenges to be faced in the coming decades, setting up a new epidemiological framework for the prevalence of chronic diseases, so the objective of this study was to evaluate the epidemiological profile of elderly people living in Long Stay Institutions. It is an exploratory and descriptive study with a quantitative approach, being the study sample of 50 elderly. Data collection was carried out in October 2013. The work was developed in the House of Long Stay, located in Cabedelo - PB. Of the study population, 60% are female; 61% are unmarried; 83% have children; 73% performed healthy practices and 44% presented some comorbidity. Family members feel more comfortable leaving them in a long-term home and the vast majority of the elderly say they are happy and satisfied with the treatment received.

KEYWORDS: Aging; Aged; Health; Nursing.

CAPÍTULO 3

CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL E CAPACIDADE FUNCIONAL DE IDOSO COM ARTRITE REUMATOIDE NO MUNICÍPIO DE JOÃO PESSOA - PB

Jogilmira Macêdo Silva Mendes

Docente da Universidade Federal de Campina Grande - UFCG, Campus Campina Grande - PB

lattes.cnpq.br/6629976429793759

Katia Neyla de Macêdo Costa

Docente da Universidade Federal da Paraíba - UFPB, João Pessoa - PB

lattes.cnpq.br/6107908220174089

Marina Saraiva de Araújo Pessoa

Mestranda da Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa - PB

lattes.cnpq.br/4811711853358823

Magaly Suênya Pinto Almeida Abrantes

Docente da Universidade Federal de Campina Grande, Campus Cuité, Sousa - PB

lattes.cnpq.br/3057010828975137

Rosangela Vidal de Negreiros

Docente da Universidade Federal de Campina Grande, Campus Campina Grande - PB

lattes.cnpq.br/4901008118689191

Emanuel Nildivan Rodrigues da Fonseca

Docente da Universidade Federal de Campina Grande, Campus Campina Grande - PB

lattes.cnpq.br/1007947175556188

Kaisy Martins de Albuquerque Madruga

Doutora pela Universidade Federal da Paraíba - UFPB, João Pessoa - PB

lattes.cnpq.br/2594119041076306

Emanuel Macêdo Silva

Especialista pela Universidade Federal da Paraíba - UFPB, João Pessoa - PB

lattes.cnpq.br/8362381303345917

RESUMO – O avanço da idade resulta em limitação nas funções do organismo, tornando a pessoa idosa cada vez mais predisposta à dependência para realização de atividades de autocuidado, perda de autonomia e da qualidade de vida. A artrite reumatoide (AR) é uma doença sistêmica autoimune de etiologia desconhecida que atinge jovens, adultos e pessoas

idosas, caracterizada por sinovite proliferativa, com componente metabólico, promovendo deformidade e destruição articular. Trata-se de um estudo exploratório, descritivo com abordagem quantitativa, realizado no Centro de Reabilitação e Tratamento da Dor, localizado na cidade de João Pessoa, Paraíba, este centro oferece atendimento de Enfermagem, Reumatologia, Neurologia, Psicologia, Fisioterapia e outros, atendendo pacientes referenciados pelas Estratégias de Saúde da Família da região. A amostra do estudo foi composta por 119 pessoas idosas. A coleta de dados foi realizada no período de sete meses, de agosto de 2015 a março de 2016. Das 119 pessoas idosas com AR, a maioria era do sexo feminino com 85,7% (n=102). A média de idade da amostra investigada foi $67,57 \pm 7,85$ DP, a etnia branca predominou com 37,8% (n=45). Em relação à escolaridade 46,2% (n=55) informaram ter até oito anos de estudos, 71,4% eram católicos (n=81). Analisando as características demográficas, observa-se a prevalência da faixa etária da sexta década de vida, idade com média e desvio padrão de $65,57 \pm 7,85$, o sexo feminino (85,7%) e a etnia branca (37,8%). É possível perceber a importância da atuação dos profissionais da área da gerontologia na prevenção, tratamento e reabilitação destes idosos com artrite reumatoide, para que peculiaridades de cada ser sejam enfatizadas, bem como sua conjuntura familiar, social e educacional, já que as mesmas influenciam diretamente a saúde e qualidade de vida das pessoas idosas.

PALAVRAS-CHAVE: Artrite reumatoide; Pessoa idosa; Capacidade funcional

1 INTRODUÇÃO

O avanço da idade resulta em limitação nas funções do organismo, tornando a pessoa idosa cada vez mais predisposta à dependência para realização de atividades de autocuidado, perda de autonomia e da qualidade de vida (AIRES, 2010).

A artrite reumatoide (AR) é considerada uma doença sistêmica autoimune de etiologia desconhecida que atinge jovens, adultos e pessoas idosas, caracterizada por sinovite proliferativa, com componente metabólico, promovendo deformidade e destruição articular, como *boutonnière* ou em “pescoço de cisne” (MOTA, 2011).

Observa-se que o início da doença costuma ser insidioso em 60% dos casos, mas pode ser agudo ou subagudo, e em geral inicia-se com acometimento poliarticular. AR enquanto doença sistêmica caracteriza-se ainda pela limitação progressiva da funcionalidade. Constitui importante causa na diminuição da qualidade de vida dos indivíduos afetados (ALVES; LEITE; MACHADO, 2010).

As limitações apresentadas pela pessoa idosa geralmente estão associadas à incapacidade de realizar as atividades básicas de vida diária, precisando da ajuda de alguém para desenvolvê-las, como vestir-se, tomar banho e alimentar-se. Estas limitações representam uma perda de autonomia

e requerem um cuidador em tempo integral (NUNES *et al.*, 2010).

O conhecimento das características sociodemográficas e clínicas de uma população de pessoas idosas com AR são úteis para que o enfermeiro possa traçar metas que respondam as necessidades de saúde/doença identificadas. Assim como a avaliação da funcionalidade, principalmente do domínio físico, que é extremamente importante para identificar pacientes em risco de incapacitação funcional e determinar prioridades em termos de capacidades. Portanto, o objetivo é identificar o perfil e a capacidade funcional dos pacientes com AR (ALMEIDA:ALMEIDA; METOLOB, 2014).

2 MÉTODO

Tratou-se de um estudo exploratório, descritivo e inferencial com abordagem quantitativa, realizado em um Centro de Reabilitação e Tratamento da Dor, localizado na cidade de João Pessoa, Paraíba, Brasil. Este Centro oferece atendimento de Enfermagem, Reumatologia, Neurologia, Psicologia, Fisioterapia e outros, atendendo pacientes referenciados pelas Estratégias de Saúde da Família da região.

A população do estudo foi constituída por 260 pessoas idosas com AR atendidas no Centro. Para cálculo do tamanho amostral foi considerada uma prevalência de 50% com precisão absoluta de 10% e nível de significância de 5%. A previsão de eventuais perdas foi de 20%. Desta forma, a amostra não probabilística foi estimada em 119 pessoas idosas. A coleta de dados foi realizada no período de sete meses, de agosto de 2015 a março de 2016 no ambulatório do Centro selecionado para a condução do estudo.

Os dados foram coletados por entrevista individual. A abordagem dos pacientes ocorreu durante a espera de atendimento e a eles foi feito o detalhamento da pesquisa. Após o término de suas consultas de rotina, aqueles que concordaram em participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e foram entrevistados.

Para a caracterização os dados foram obtidos por meio de um instrumento elaborado pelos pesquisadores, através da demanda clínica e com base na literatura. As variáveis coletadas contemplaram dados como: sexo, idade, religião, escolaridade, raça (dados sociodemográficos), diagnóstico médico, tempo de diagnóstico e tratamento, outras doenças reumáticas, auxílio para marcha, realização de atividade física, sente dor, origem da dor, localização da dor e fatores que agravam e aliviam a dor (dados clínicos).

Outro instrumento utilizado foi o MEEM para excluir participantes com déficit cognitivo e o Questionário de Avaliação da Saúde (*Health Assessment Questionnaire* – HAQ) para avaliar a capacidade funcional.

O Questionário de Avaliação da Saúde (*Health Assessment Questionnaire* – HAQ) é um instrumento já validado no Brasil, e pode

ser utilizado com a população adulta e idosa, sendo mais indicado para casos em que há comprometimento motor(ref). O HAQ é um questionário autoadministrável, composto por 20 questões que medem a capacidade funcional após procedimentos terapêuticos, bem como fornece prognósticos em pacientes idosos ou cronicamente doentes. Essas questões estão agrupadas em oito categorias, que avaliam o nível de dificuldade que cada paciente apresenta para realizar determinadas atividades, assim como a necessidade de assistência para realizá-las. Para cada item, há uma escala da dificuldade em quatro níveis, em que é marcado de 0 (zero) a 3 (três): normal, nenhuma dificuldade, valor 0; alguma dificuldade, valor 1; muita dificuldade, valor 2; e incapaz de fazer, valor 3.

Foram considerados como critérios de inclusão: possuir 60 anos de idade ou mais, ter diagnóstico confirmado de artrite reumatóide baseado nos critérios de classificação da *American College of Rheumatology*(ACR) e estar em acompanhamento regular pelos reumatologistas do serviço. Foram excluídos do estudo os que apresentaram déficits cognitivo por meio da aplicação do Mini Exame do Estado mental (MEEM), ou déficit físico que comprometeria o preenchimento correto dos instrumentos de coleta de dados. Assim, 22 pessoas foram excluídas pelos seguintes motivos: 14 pessoas idosas apresentaram Déficit cognitivo com (MEEM) > 16 e 08 possuíam diagnóstico de Artrite Reumatóide Juvenil (ARJ).

A coleta dos dados foi realizada nas terças e quintas feira, entre o período de agosto de 2015 a março de 2016, no turno diurno e vespertino, após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba (CEP/CCS/UFPB) sob CAAE 4215515.6.0000.5188.

Os domínios dos grupos dividem-se em: grupo 1 (vestir-se), grupo 2 (levantar-se), grupo 3 (comer), grupo 4 (andar), grupo 5 (higiene), grupo 6 (alcançar objetos), grupo 7 (pegar) e o grupo 8 (fazer compras perto de onde mora, entrar e sair do ônibus, varrer e usar o rodo para o chão).

Os dados foram inseridos em uma planilha eletrônica (Excel 2010) e, posteriormente, transportados para o programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 20.0. Esta pesquisa seguiu as normativas para Pesquisas que envolvem seres humanos. Os princípios éticos foram considerados, garantindo o anonimato, a privacidade e o desejo de desistência dos participantes em qualquer etapa da pesquisa.

3 RESULTADOS

Das 119 pessoas idosas com AR, a maioria era do sexo feminino com 85,7% (n= 102). A média de idade da amostra investigada foi $67,57 \pm 7,85$ DP, a etnia branca predominou com 37,8% (n=45). Em relação à escolaridade 46,2% (n=55) informaram ter até oito anos de estudos, 71,4% eram católicos (n=81) (Tabela 1).

Tabela 1 - Distribuição dos participantes segundo a caracterização sociodemográficas. João Pessoa, 2016. (n=119).

Variáveis	f	%
Sexo		
Masculino	17	14,3
Feminino	102	85,7
Etnia		
Branca	45	37,8
Parda	27	22,7
Negra	25	21,0
Mulata	2	1,7
Não sabe / não respondeu	1	16,8
Escolaridade		
Analfabeto	2	1,7
Até 8 anos de estudo	55	46,2
12 anos de estudo	36	30,3
Acima de 12 anos de estudo	16	13,4
Não sabe / não respondeu	10	8,4
Religião		
Católica	85	71,4
Evangélica	31	26,1
Espírita	1	0,8
Não sabe / não respondeu	2	1,7
Total	119	100,0

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

Quanto à caracterização clínica, observa-se que 62,2% não apresentam outras comorbidades, seguido de 37,8 % com quadro patológico. Das comorbidades apresentadas, a artrose é mais prevalente, com 68,9%. Em relação ao tempo de diagnóstico e tratamento, predominou cinco anos ou mais com 47%.

Quando avaliados sobre a utilização de algum equipamento de auxílio para marcha, 81,6% afirmaram não utilizar, seguidos de 17,6% que afirmam utilizar. Dentre estes se destacou o uso da bengala com 85,6 %.

Quando abordados em relação à prática de atividade física 73,1% afirmam não praticar, seguido de 26,9% que praticam. Das atividades físicas praticadas, destaca-se a caminhada com 60%.

A análise da capacidade funcional foi avaliada pelo HAQ, sendo identificada uma maior frequência de idosos com incapacidade moderada (>

1 a 2), tendo média de 1,37 e desvio padrão de $\pm 0,7$ (Tabela 2).

Tabela 2. Classificação da capacidade funcional de pessoas idosas com artrite reumatoide. João Pessoa, 2016. (n=119)

Classificação	F	%
Incapacidade leve (0 a 1)	46	39,00
Incapacidade moderada (1 a 2)	51	42,40
Incapacidade grave (2 a 3)	22	18,60
Total	119	100,0

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

Na análise dos domínios do questionário HAQ, em que se avaliaram os níveis de dificuldade em realizar determinadas atividades de acordo com as funções, os domínios que obtiveram maiores médios foram: atividades ($2,01 \pm 1,03$), alcançar objetos ($1,65 \pm 0,94$) e pegar ($1,42 \pm 1,31$), como apresentado na Tabela 3.

Tabela 3. Distribuição dos domínios do questionário HAQ, segundo a média e o desvio padrão. João Pessoa, 2016. (n=119)

Grupo	Domínio	Média	Desvio-padrão
01	Vestir-se	0,93	$\pm 0,82$
02	Levantar-se	1,28	$\pm 0,83$
03	Comer	0,97	$\pm 0,98$
04	Andar	1,30	$\pm 1,06$
05	Higiene	1,24	$\pm 0,86$
06	Alcançar objetos	1,65	$\pm 0,94$
07	Pegar	1,42	$\pm 1,31$
08	Atividades	2,01	$\pm 1,03$

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

A Tabela 4 apresenta a distribuição dos idosos participantes segundo a classificação da intensidade da dor, sendo observada uma maior frequência de indivíduos com dor de moderada intensidade (49,6%) e apenas 13,4% referiu apresentar ausência de dor.

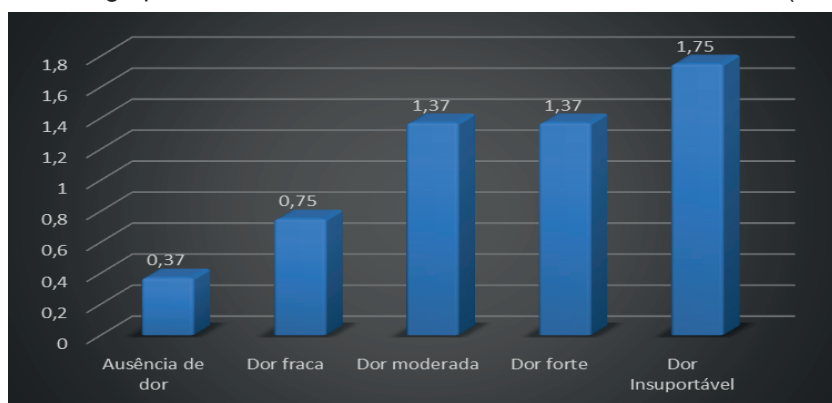
Tabela 4. Distribuição dos idosos segundo a classificação da intensidade da dor. João Pessoa, 2016. (n=119)

Classificação	f	%
Moderada intensidade	59	49,6
Forte intensidade	25	21,0
Ausência de dor	16	13,4
Fraca intensidade	9	7,6
Dor insuportável	1	0,8
Não sabe / não respondeu	9	7,6
Total	119	100,0

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

O teste de Kruskal Wallis identificou uma diferença estatisticamente significativa entre os escores do HAQ dentro dos grupos estratificados por percepção da dor ($p = 0,003$). Comparando a escala da dor com o instrumento HAQ, observa-se uma elevação proporcional entre a dor, o escore do HAQ e o comprometimento funcional. Os grupos com ausência de dor, dor fraca ou moderada, apresentaram menores escores no HAQ, o que corresponde a uma melhor capacidade funcional, quando comparados com os grupos que apresentaram dor forte ou insuportável.

A análise de correlação entre dor e capacidade funcional foi realizada por meio do teste de correlação de Spearman. Foi encontrada correlação positiva, moderada e estatisticamente significativa ($r = 0,459$; $p < 0,001$), demonstrando que à medida que aumenta a intensidade da dor, também eleva-se o escore do HAQ, indicando alterações funcionais (Gráfico 1).

Gráfico 1. Comparação da mediana da alteração funcional do instrumento HAQ entre grupos com diferentes níveis de dor. João Pessoa, 2016. (n=119)

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

4 DISCUSSÃO

Analisando as características demográficas apresentadas pelas pessoas idosas com AR, observa-se a prevalência da faixa etária da sexta década de vida, idade com média e desvio padrão de $65,57 \pm 7,85$, o sexo feminino (85,7%) e a etnia branca (37,8%). Estes dados estão em conformidades com os dados descritos na literatura e compatíveis com outros estudos (MOTA, 2011; DOMONICK *et al.*, 2004).

A proporção entre os sexos também foi a mesma relatada pelo Grupo Latino-Americano de Estudo da Artrite Reumatoide - GLADAR: 85% de mulheres para 15% de homens (8:1), mas muito diferente da proporção observada nos Estados Unidos e na Europa, cuja média é 3:1. A prevalência de mulheres no grupo de idosos também pode ser explicada pela notável feminização do envelhecimento (NEGREIROS, 2004).

A etnia assim como o sexo pode influenciar na evolução e desfecho da AR. Pacientes brancos com AR têm tido a etnia associada a uma maior gravidade da doença, como por exemplo, erosões radiográficas e presença de manifestações extra articulares (GRIFFITHS *et al.*, 2000). Quanto à escolaridade, a maioria das pessoas idosas apresenta um nível de escolaridade de até oito anos de estudo 46,2%, 30,3% tinha apenas 12 anos de estudo e 13,4 apresentam acima de 12 anos de estudos. O baixo nível de escolaridade apresentado pelos participantes da pesquisa justifica-se pela maioria serem mulheres, que muitas vezes durante sua trajetória de vida, deixaram seus sonhos para trás, para se dedicarem aos serviços de casa e a família, cuidando e educando seus filhos (ALMEIDA; ALMEIDA; METOLOB, 2014).

O reduzido grau de instrução de grande parte das pessoas idosas no Brasil está relacionado a falta de oportunidade de frequentar escola entre as décadas de 1930 e 1940, além das atribuições do trabalho doméstico daquela época, sendo que, atualmente, o nível de escolaridade vem aumentando em decorrência dos programas de alfabetização para adultos e idosos (AIRES; PASKULIN; MORAIS, 2010).

Quanto maior o nível educacional, menor a probabilidade de a pessoa idosa reportar uma pior capacidade funcional. A educação determina diversas vantagens para a saúde porque influencia fatores psicossociais e de comportamento. Nível de educação maior favorece o acesso a: informações, modificação do estilo de vida, adoção de hábitos saudáveis e procura dos serviços de saúde (ALVES; LEITE; MACHADO, 2010). Almeida, Almeida e Bertolob (2014) relatam que 50% são analfabetos ou possui ensino fundamental incompleto.

O baixo nível educacional torna-se preocupante, tanto para a remissão da doença quanto para o déficit de conscientização das necessidades e o cuidado com a saúde. Muitas vezes, por não saber ler e por falta de conhecimento adequado, e de cuidadores, os idosos não aderem ao

tratamento de forma correta, deixando de fazer uso de medicações no horário correto, ou até trocando medicações. Muitas dessas têm repercussões hemodinâmicas (NUNES *et al.*, 2010).

No presente estudo, 117 pessoas idosas expressam possuir alguma religião, há uma predominância na religião católica, seguido da evangélica. A religiosidade é um fator facilitador para o enfrentamento da doença e oferece apoio espiritual e emocional (SIVANA, 2016). O apoio espiritual é importante para manter o equilíbrio, diante de situações difíceis. O estudo de Nunes *et al.*, (2010), corrobora com o encontrado.

Quanto à caracterização clínica, as doenças reumáticas que mais acomete os idosos e estão associadas ao quadro da AR, são a artrose e osteoporose. Sabe-se que estas doenças é bastante comum na terceira idade, com isso, as pessoas idosas devem prevenir-se, dados são semelhantes aos encontrados nos estudos de Lorenzi e Goldim (2006), com 41,1% artrose; 34,9% distúrbios da coluna; 23,2% tendinopatias; 2,3% osteoporose e 2,3% artrite reumatoide. Marques *et al.*, (2016), revelaram padrão inverso, com 46,7 % de osteoporose e 45,7% de artrose.

Durante o processo de envelhecimento, é compatível a pessoa idosa apresentar alterações orgânicas. Dentre essas alterações podemos referenciar diminuição da massa óssea, desgaste articular, modificações nos hábitos alimentares, limitações de movimentos, diminuição na capacidade funcional, dentre outras alterações (NICÁSSIO, 2011).

Os dados apresentados na referida pesquisa divergem de alguns estudos analisados, mostrando um percentil muito pequeno. Isto remete positivamente, mostrando que os idosos do estudo são acompanhados por médicos especialistas, como reumatologista que realizam exames específicos rotineiramente, para detecção de perda de massa óssea, e logo em seguida, fazem reposições de cálcio (MARQUES, 2016).

Em relação ao tempo médio de diagnóstico e tratamento, verificou-se que foi mais de cinco anos, o que chama a atenção para uma população possivelmente com dano articular irreversível. Ressalta-se, ainda, que o fato de o tempo de tratamento ter coincidido com o tempo de diagnóstico da AR tende a favorecer um mal prognóstico da doença, postergando seus efeitos crônicos. Estudos semelhantes analisaram amostras com média de duração de doença aproximada à encontrada neste estudo, o que possibilita que faça-se comparações fidedignas (NICÁSSIO, 2011; YACOURB, 2012).

Em 2010, o Colégio Americano de Reumatologia e a Liga Europeia Contra o Reumatismo (EULAR) publicaram os critérios de classificação revisados para a AR, com o objetivo de auxiliar no diagnóstico precoce da mesma e facilitar a intervenção terapêutica adequada. Durante a última década, muitos pacientes em uso de agentes biológicos demonstraram que o tratamento precoce e agressivo na AR é benéfico no controle da inflamação sinovial, retardando lesões articulares e melhorando a atividade da doença.

Estratégias baseadas no diagnóstico precoce, tratamento agressivo e monitorização regular têm ajudado um número significativo de pacientes com AR a atingir as metas atuais de tratamento com baixos níveis de atividade da doença e, em alguns casos, remissão clínica (AGARWA, 2011). Independente de sua característica crônica, o curso da AR pode ser modificado pela utilização de drogas antirreumáticas. Drogas estas que tem a finalidade de equilibrar o sistema imunológico e estabilizar o processo inflamatório. Dentre as drogas utilizadas no tratamento da AR, podemos citar: Anti-inflamatórios não esteroidais, corticosteroides, Drogas Antirreumáticas Modificadoras do Curso da Doença (DMARD), que podem ser sintéticas ou biológica e agentes imunobiológicos. Além do tratamento medicamentoso, o idoso deve praticar alguma atividade física, seja ela com educador físico ou a reabilitação com fisioterapeuta que, associada às medicações, irá ofertar uma melhor qualidade de vida e um envelhecimento bem sucedido (MARQUES, 2016).

Em relação ao uso de auxílio para marcha, observa-se que a bengala aparece em maior proporção. A bengala é considerada um instrumento de apoio ao idoso que apresenta desequilíbrio ou instabilidade na marcha, proveniente de doenças reumáticas, quedas ou da própria fragilidade músculo esquelética da idade, sua finalidade é promover maior segurança ao idoso (AIRES, 2010).

Quanto a prática de atividade física, destaca-se a caminhada, dados compatíveis com outros estudos, como Silva e Tatiane, (2013), afirmam que (80,64%) praticavam caminhadas. A atividade física pode ser considerada um dos componentes de reabilitação no tratamento da AR inicial (MOTA *et al.*, 2012).

As maiorias das pessoas idosas apresentaram, no presente estudo, comprometimento da capacidade funcional, classificada predominantemente como incapacidade moderada, apresentando média e desvio padrão de $1,37 \pm 0,7$. Em relação aos resultados dos escores do questionário aplicado, observa-se um grande número de pessoas idosas com escore 0, ou seja, sem incapacidade e escore 1 (incapacidade leve) que totaliza 39,0% (46) de idosos, fato que pode ser associado a uma perda da capacidade normal para a fase idosa, devido ao comprometimento orgânico da idade. Em contrapartida, 18,6% (22) apresentaram incapacidade grave, o que demonstra um nível elevado.

As pessoas idosas com artrite reumatoide apresentam incidência aumentada de alguns sintomas e/ou sinais clínicos como fadiga, dor, depressão, limitação na mobilidade articular, diminuição na força muscular e redução na sua capacidade aeróbica, o que traz um risco maior de evoluírem para uma limitação funcional (PIVA, 2010).

Em termos gerais, os pacientes com AR desse estudo relataram uma redução significativa da capacidade funcional, medida pelo HAQ, e da qualidade de vida em seus componentes físicos.

Em 81,4% dos escores do HAQ, foram obtidos resultados entre os valores 0 e 2, ou seja, resultados que demonstram que a maior parte dos idosos foi classificado como incapacidade leve e moderada e bem abaixo da média de incapacidade grave, fato que pode ser associado a uma perda da capacidade normal para a fase idosa, devido aos comprometimentos orgânicos naturais da idade.

Uma pesquisa realizada com pessoas idosas atendidas em Unidades Básicas de Saúde do Paraná (PILGER; MENON; MATIAS, 2010) também apresentou como resultado uma porcentagem alta (89,9%) de comprometimento na funcionalidade, dos quais 70,8% apresentaram dependência leve. Este resultado corrobora ainda mais a hipótese de as pessoas idosas apresentarem um comprometimento característico do processo normal do envelhecimento (AIRES; PASKULIN; MORAIS, 2010).

Corroborando este resultado, Corbacho (2010), também identificaram uma prevalência de comprometimento moderado (39,6%) na capacidade funcional de pessoas com mais de 18 anos e com artrite reumatóide atendidas em um serviço de reumatologia, servindo para reforçar a afirmativa de que a artrite compromete a funcionalidade e conseqüentemente a qualidade de vida destes indivíduos, principalmente de idosos que, fisiologicamente, apresentam um declínio em sua capacidade de realizar atividades de vida diárias.

Os grupos que apresentaram maior média e desvio padrão para incapacidade funcional foram: atividades, alcançar objetos e pegar. Como as atividades desenvolvidas por estes grupos requerem habilidades e destreza de grandes articulações dos membros superiores e inferiores, como quadril, coxofemoral, ombros, joelhos, mãos, punho, cotovelo e coluna vertebral, o indivíduo que possui AR irá desempenhá-las com mais dificuldade, seja pela limitação do movimento, presença de dores ou até mesmo medo de uma piora do seu quadro clínico e funcional.

Quando a doença está em atividade, essas limitações ficam ainda mais acentuadas. Por se tratar de uma doença crônica, as atividades de vida diária ficam comprometidas e os idosos irão apresentar uma pior qualidade de vida. Em um estudo realizado na cidade de Pontal da Barra - AL com 95 pessoas idosas constatou-se que os domínios que apresentaram maior incapacidade foram: pegar e atividades. As questões que mais apresentaram dificuldades de realização foram as que necessitavam de movimentos de punho, principalmente, os desvios ulnar e radial. Também é relevante citar a questão do deambular, de fazer atividades que necessitem do esforço da região da coluna lombar e torácica, que também são desgastadas nesses idosos (BISPO; ROCHA; ROCHA, 2012).

Com estes resultados é possível perceber a importância da atuação dos profissionais da área da gerontologia na prevenção, tratamento e

reabilitação destes idosos com artrite reumatoide, para que peculiaridades de cada ser sejam enfatizadas, bem como sua conjuntura familiar, social e educacional, já que as mesmas influenciam diretamente a saúde e qualidade de vida das pessoas idosas.

5 CONCLUSÃO

A prevalência elevada de idosos do sexo feminino, com o ensino fundamental incompleto, etnia branca, que referiram dor e demonstram sua capacidade funcional comprometida. Uma vez afetada a capacidade funcional dos idosos, a mesma desencadeia inicialmente a situação de dependência de terceiros para realização de atividades cotidianas, limitando assim a autonomia na velhice, que conseqüentemente afeta, além de aspectos biológicos, os sociais e psicológicos, causando impacto negativo na qualidade de vida dessa população idosa específica.

Um programa de acompanhamento e reabilitação deve elucidar tanto o idoso quanto à família acerca da doença, sobre as limitações e principalmente, sobre as estratégias de prevenção e controle da doença AR. Ao mesmo tempo, deve-se encorajar o idoso nas decisões terapêuticas e planejamento do tratamento, oferecendo-lhe acolhimento e suporte, diante as demandas das mais diversas ordens, tais como emocionais, espirituais e sociais.

REFERENCIAS

AGARWAL, S. K. Princípios fundamentais de gestão de artrite reumatoide para ajudar a orientar os profissionais de gestão. **J Manag Cuidado Pharm.** 2011;17(9):3-8.

AIRES, M.; PASKULIN, L. M. G.; MORAIS, E. P. Capacidade funcional de idosos mais velhos: estudo comparativo em três regiões do Rio Grande do Sul. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.** 2010;18(1):[07 telas].

ALMEIDA, M. S. T. M.; ALMEIDA, J. V. M.; MERTOLOB, M. B. Características demográficas e clínicas de pacientes com artrite reumatoide no Piauí, Brasil –avaliação de 98 pacientes. **Ver BrasReumatol.** 2014;54(5):360–365.

ALVES, L. C.; LEITE, I. C.; MACHADO, C. J. Fatores associados à incapacidade funcional dos idosos no Brasil: análise multinível. **Rev. Saúde Pública.** 2010; 44(3): 468-478.

BISPO, E. P. F.; ROCHA, M. C. G.; ROCHA, M. F. M. R. Avaliação da

capacidade funcional de idosos cadastrados na Estratégia de Saúde da Família na comunidade do Pontal da Barra, Maceió-AL. **Cad Ter Ocup UFSCar**. 2012; 20(1):81-7.

CORBACHO, M. I.; DAPUETO, J. J. Avaliação da capacidade funcional e da qualidade de vida de pacientes com artrite reumatoide. **RevBrasReumatol** 2010; 50(1): 31-43. Acesso dia 07/09 as 14h22.

DOMINICK, K. L.; AHERN, F. M.; GOLD, C. H.; HELLER, D. A. Health-related quality of life among older adults with arthritis. **Health Qual Life Outcomes**. 2004;2:1-22.

GRIFFITHS, B. *et al.* Racial origin and its effect on disease expression and HLA-DRB1 types in patients with rheumatoid arthritis: a matched cross-sectional study. **Rheumatology**. 2000;39(8):857-64.

LORENZI, M.; GOLDIM, J. R. **Influência da dor crônica na qualidade de vida do idoso**. Dissertação de Mestrado, 2006. Instituto de Geriatria e Gerontologia do Hospital São Lucas da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

MARQUES, W. V.; CRUZ, V. A.; REGO, J.; SILVA, N. A. Influência das comorbidades na capacidade funcional de pacientes com artrite reumatoide. **Ver. Bras. Reumatologia**, 2016; 56(1):14-21.

MOTALMNET, A. L. Consensus of the Brazilian Society of Rheumatology for diagnosis and early assessment of rheumatoid arthritis. **RevBras Reumatol**. 2011; 51:199-219.

MOTA, L. M. H.; LAURINDO, I. M. M.; SANTOS NETO, L. L. Avaliação prospectiva da qualidade de vida em uma coorte de pacientes com artrite reumatoide inicial. **Rev Bras Reumatol**. 2010; 55:249-61.

MOTTA, L. M. H.; CRUZ, B. A.; BRENOL, C. V.; PEREIRA, I. A. *et al.* Consenso 2012 da Sociedade Brasileira de Reumatologia para o tratamento da artrite reumatoide. **RevBrasReumatol**. 2012;52(2):135-74.

NEGREIROS, T. C. G. M. **Sexualidade e gênero no envelhecimento**. Alceu. 2004; 5:77-86.

NICASSIO, P. M.; KAY, M. A.; CUSTODIO, M. K.; IRWIN, M. R.; WEISMAN, M. H. An evaluation of a biopsychosocial framework for health-related quality of Life and disability in rheumatoid arthritis. **J Psychosom Res**. 2011; 71:79-85.

NUNES, D. P.; NAKATANI, A. Y. K.; SILVEIRA, E. A.; BACHION, M. M.; SOUZA, M. R. de. Capacidade funcional, condições socioeconômicas e de saúde de idosos atendidos por equipes de Saúde da Família de Goiânia (GO, Brasil). **CiêncSaúd Coletiva**. 2010;15:2887-2898.

PILGER, C.; MENON, M. U.; MATHIAS, T. A. F. Capacidade funcional de idosos atendidos em unidades básicas de saúde do SUS. **RevBrasEnferm**. 2013;66(6):907-13.

PIVA, S. R.; ALMEIDA, G. J.; WASKO, M. C. Association of physical function and physical activity in women with rheumatoid arthritis. **ArthritisCare Res.**, Hoboken, v. 62, n. 8, p. 1144-1151, Ago. 2010.

SILVANA, L.; NOGUEIRA, R. C. L.; RIBEIRO, L. E. F. P. L.; ROSADO, S. C. C.; FRANCESCHINI, A. Q. R.; EVELINE, T. P. Fatores determinantes da capacidade funcional em idosos longevos. **Ver Bras Fisioterapia**. 2010;14(4):322-9.

SILVA, C. R.; THAÍS, F. C.; TATIANE, T. V. O.; LUCIANA, F. M.; LÍCIA, M. H. M. Prática de atividade física entre pacientes da Coorte Brasília de artrite reumatoide inicial. **Rev. Bras. Reumatol**. 2013;53(5):394–399.

YACoub, Y. I, AMINE, B, LAATIRIS, A.; HAJJAJ-HASSOUNI, N. Rheumatoid factor and antibodies against citrullinated peptides in Moroccan patients with rheumatoid arthritis: association with disease parameters and quality of life. **ClinRheumatol**. 2012; 31:329-34.

CHARACTERIZATION OF THE PROFILE AND FUNCTIONAL CAPACITY OF ELDERLY WITH RHEUMATOID ARTHRITIS IN THE MUNICIPALITY OF JOÃO PESSOA - PB

ABSTRACT – Advancing age results in a limitation in the body's functions, making the elderly person increasingly predisposed to dependence to perform self-care activities, loss of autonomy and quality of life. Rheumatoid arthritis is a systemic autoimmune disease of unknown etiology that affects young people, adults and elderly people, characterized by proliferative synovitis, with a metabolic component, promoting deformity and joint destruction. This is an exploratory, descriptive study with a quantitative approach, carried out at the Center for Rehabilitation and Pain Treatment, located in the city of João Pessoa, Paraíba, this center offers care in Nursing, Rheumatology, Neurology, Psychology, Physiotherapy and others, serving patients referred by the Family Health Strategies in the region. The study sample consisted

of 119 elderly people. Data collection was carried out over a seven-month period, from August 2015 to March 2016. Of the 119 elderly people with rheumatoid arthritis, most were female with 85.7% (n= 102). The mean age of the investigated sample was 67.57 ± 7.85 SD, white ethnicity predominated with 37.8% (n=45). Regarding education, 46.2% (n=55) reported having up to eight years of schooling, 71.4% were Catholic (n=81). Analyzing the demographic characteristics, there is a prevalence of the age group in the sixth decade of life, age with mean and standard deviation of 65.57 ± 7.85 , females (85.7%) and whites (37, 8%). These data are in accordance with the data described in the literature and compatible with other studies. It is possible to see the importance of the work of professionals in the field of gerontology in the prevention, treatment and rehabilitation of these elderly people with rheumatoid arthritis, so that the peculiarities of each being are emphasized, as well as their family, social and educational situation, as they directly influence the health and quality of life of older people.

KEYWORDS: Rheumatoid arthritis; Elderly; Functional capacity.

CAPÍTULO 4

COMPREENSÃO E VIVÊNCIA DAS PESSOAS IDOSAS ACERCA DA SEXUALIDADE E MOTIVOS DE VULNERABILIDADE PARA O HIV

Jéssica Maria Marques Henriques

lattes.cnpq.br/2211001186833527

Enfermeira pela Universidade
Federal de Campina Grande-UFCG
Campina Grande-PB

Marina Saraiva de Araújo Pessoa

lattes.cnpq.br/4811711853358823

Mestranda da Universidade Federal
de Paraíba
João pessoa-PB

**Magaly Suênya Pinto Almeida
Abrantes**

lattes.cnpq.br/3057010828975137

Docente da Universidade Federal de
Campina Grande
Campus Cuité, Sousa, Paraíba-PB

Rosangela Vidal de Negreiros

lattes.cnpq.br/4901008118689191

Docente da Universidade Federal de
Campina Grande
Campus Campina Grande, Paraíba-
PB

**Emanuel Nildivan Rodrigues da
Fonseca**

lattes.cnpq.br/1007947175556188

Docente da Universidade Federal de
Campina Grande

Campus Campina Grande, Paraíba-
PB

Ana Claudia Torres de Medeiros

lattes.cnpq.br/9746118157794302

Docente da Universidade Federal de
Campina Grande-UFCG
Campina Grande-PB

Adriana Lira Rufino de Lucena

lattes.cnpq.br/2091772809580071

Docente de Enfermagem Faculdade
de Esperança -FACENE
João Pessoa-PB

Jogilmira Macêdo Silva Mendes

lattes.cnpq.br/6629976429793759

Docente da Universidade Federal de
Campina Grande-UFCG
Campus Campina Grande, Paraíba-
PB

RESUMO – O Brasil vem enfrentando uma fase de transição demográfica, onde as pessoas idosas vivem cada vez mais, porém é necessária qualidade de vida para essa faixa etária para que o

envelhecimento seja uma experiência positiva. A sexualidade da pessoa idosa continua presente com o passar dos anos e é necessário que os profissionais tenham atenção nesse âmbito, pois os idosos são vulneráveis a infecções sexualmente transmissíveis (IST), principalmente a síndrome de imunodeficiência humana (HIV). Objetivo: Caracterizar como as pessoas idosas compreendem e vivenciam a sexualidade e o motivo de ser tão vulnerável a infecção por IST, principalmente HIV. Metodologia: Este estudo constitui-se de uma revisão integrativa, na qual realizou-se a busca on-line em periódicos na área de Enfermagem, por meio das bases de dados: Scientific Eletronic Library Online (SCIELO) e no Portal da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Resultados: Foram encontrados estudos através da combinação dos descritores e posteriormente, selecionados os que eram compatíveis com a temática proposta, por meio da utilização de critérios de inclusão e exclusão. A amostra total foi de 09 artigos. Para possibilitar um melhor entendimento a respeito dos achados bibliográficos que embasaram a produção deste estudo, elaboraram-se quadros para demonstrar, ordenadamente alguns itens avaliados. Conclusão: Este estudo mostra a importância de incentivar as produções nesta área, devido à escassez de literaturas sobre a temática. É importante também que se invista em formações dos profissionais de saúde para que possam lidar da melhor maneira possível com o tema e fornecer um atendimento completo.

PALAVRAS-CHAVE: Idoso, sexualidade, doença sexualmente transmissível.

1 INTRODUÇÃO

O Brasil passa por uma fase de transição demográfica, na qual está ocorrendo uma queda na taxa de mortalidade e uma queda na taxa de natalidade, que já estão sendo observadas no fato dos casais optarem por um ou dois filhos e as pessoas idosas vivendo cada dia mais, levando o país à um processo acelerado de envelhecimento (NASCIMENTO *et al*, 2017).

Esse processo acelerado de envelhecimento, traz um grande impacto para a sociedade, principalmente ao que se refere aos cuidados de saúde, não se restringe apenas ao aumento da morbidade entre as pessoas idosas, mas também se estende a redução da função física e da independência dessas pessoas relacionadas às suas atividades diárias. Sendo assim o prolongamento da existência só será vantajoso na medida em que se agrega qualidade aos anos adicionais de vida, inclusive aos indivíduos que necessitem de cuidados especializados (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2005).

O envelhecimento saudável necessita de uma compreensão mais ampla sobre diversos fatores que fazem parte e interferem no dia a dia da pessoa idosa. Nesse sentido, a sexualidade é um ponto importante, pois faz parte desse processo de envelhecimento e afeta diretamente o bem-estar da

pessoa idosa. É um tema que exige cuidado para ser abordado, pois ainda existem diversos tabus que o rodeiam. A vivência e expressão da sexualidade estão ligadas a pensamentos, fantasias desejos, crenças, atitudes, valores, comportamentos, práticas e relacionamentos em si (MARQUES *et al.*, 2015).

O ideal seria que as pessoas idosas vivessem a sexualidade de forma saudável, natural, porém devido à falta de educação sexual, à vergonha relacionada ao próprio corpo, as características normais do envelhecimento, e as repressões sofridas no processo de desenvolvimento da sexualidade, algo que deveria ser natural passa a ser constrangedor. Levando em consideração o cenário onde a população idosa está inserida, surgem novas demandas nos serviços de saúde e apoio social (MARQUES *et al.*, 2015).

Nesse contexto de invisibilidade da sexualidade da pessoa idosa, outro tema tem se sobressaído e vem ganhando espaço cada dia mais no âmbito de saúde pública que são as infecções sexualmente transmissíveis (IST). As pessoas idosas devido à falta de informação e falta de atenção pelos profissionais para a sexualidade ficam em situação de vulnerabilidade. Segundo Andrade *et al.* (2017) “a vulnerabilidade social é conformada a partir do acesso às informações, saúde, educação, cultura e emprego, além da prática de mudança”.

É na percepção destas informações expostas que emergem as preocupações sobre como as pessoas idosas compreendem e vivenciam sua sexualidade, conduzindo ao seguinte questionamento: quais as temáticas abordadas em publicações da área de saúde disseminadas em periódicos on-line no período de 2013 a 2018, sobre a vivência da sexualidade e a prática do sexo seguro?

Diante do exposto o estudo tem como objetivo caracterizar como as pessoas idosas compreendem e vivenciam a sexualidade e o motivo de serem tão vulneráveis à infecção por IST, principalmente HIV.

2 METODOLOGIA

Este estudo concerte de uma pesquisa descritiva do tipo revisão integrativa, na qual se refere a um conjunto de estudos de diferentes metodologias para unificar informações e resultados que expliquem uma determinada problemática. Divide-se em seis etapas: escolha do tema e elaboração da pergunta norteadora; busca na literatura; categorização dos dados; análise crítica dos estudos; interpretação e síntese dos resultados; e apresentação da revisão (SOARES *et al.*, 2014; MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

A presente revisão integrativa teve como propósito responder a seguinte questão: Quais as temáticas abordadas em publicações da área de saúde disseminadas em periódicos on-line no período de 2013 a 2018, sobre a vivência e compreensão da pessoa idosa sobre a sexualidade e a prática do sexo seguro?

Para identificar os estudos realizou-se a busca on-line em periódicos na área de Enfermagem, por meio das bases de dados *Scientific Eletronic Library Online* (SCIELO) e no Portal da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), totalizando 14.394 estudos.

Os critérios de inclusão estabelecidos foram os seguintes: estudos realizados por pesquisadores da área de saúde que estivessem disponibilizados nos locais selecionados para a pesquisa proposta, que atendessem ao objetivo do estudo, estudos disponibilizados na íntegra, estudos publicados entre 2013 e 2018 e estudos publicados na modalidade artigo científico. Os artigos em duplicidade nas bases de dados, foram contabilizados apenas uma vez.

Os critérios de exclusão da amostra foram: publicações na modalidade resenha, monografia, dissertação, tese ou resumos em anais de eventos científicos e estudos publicados que estejam fora do período estabelecido.

Após análise através dos critérios de inclusão foram selecionados 09 artigos para compor a amostra, como especificado na Tabela 1.

Tabela 1 - Publicações dos anos 2013 a 2018 acerca da sexualidade da pessoa idosa e a correlação com o HIV. Campina Grande- PB, 2018

Base de dados	Descriptor	Total de artigos	Total de artigos utilizados
Scielo	Idoso	4.334	02
	HIV	4.207	01
	Sexualidade	1.842	03
BVS	Idoso	3.172	01
	HIV	313	02
	Sexualidade	526	0
Total:		14.394	09

3 RESULTADOS

Os artigos selecionados serão demonstrados através de quadro e tabelas, contendo, títulos, objetivos, principais resultados e conclusões.

Quadro 1: Distribuição dos artigos selecionados de acordo com o título (n=9)

IDENTIFICAÇÃO	TÍTULO DO ARTIGO
A1	Representações Sociais da sexualidade entre idosos
A2	Sexualidade na terceira idade: percepção de homens idosos de uma estratégia de saúde da família

A3	Cuidado terapêutico de enfermagem: transições da sexualidade do cônjuge-cuidador do idoso
A4	Representações sociais de profissionais da saúde sobre as pessoas vivendo com HIV/AIDS
A5	Conhecimento sobre a síndrome de imunodeficiência humana de idosos de uma unidade de atenção ao idoso
A6	Conhecimento dos idosos da estratégia saúde da família em relação ao HIV/AIDS
A7	AIDS em idosos: motivos que levam ao diagnóstico tardio
A8	Vulnerabilidade de idosos a infecções sexualmente transmissíveis
A9	História de vida de idosos com HIV/AIDS

Fonte: Dados de pesquisa, (2018)

Tabela 2 - Distribuição dos objetivos dos artigos selecionados, (n=9)

ARTIGO	OBJETIVOS
A1	Conhecer a representação social sobre sexualidade de idosos, com base na teoria das representações sociais.
A2	Identificar o conhecimento e os fatores que interferem na sexualidade de homens idosos.
A3	Compreender as transições vivenciadas, suas condições e os padrões de respostas esperadas a mudança na sexualidade do cônjuge-cuidador do idoso em processo demencial.
A4	Compreender as representações sociais de profissionais de saúde sobre os grupos de pessoas vivendo com HIV/AIDS.
A5	Análise de conhecimento de idosos a cerca da síndrome de imunodeficiência humana.
A6	Descrever o conhecimento dos idosos em relação do HIV/AIDS e identificar o comportamento de idosos na prevenção do HIV/AIDS.
A7	Investigar entre os idosos vivendo com HIV/AIDS e os profissionais de saúde, quais são os motivos que levam ao diagnóstico tardio da infecção pelo HIV nos idosos.
A8	Identificar a prevalência e fatores associados as infecções sexualmente transmissíveis(IST) em idosos.
A9	Conhecer a história de vida dos idosos com HIV/AIDS, buscando identificar a repercussão do diagnóstico.

Fonte: Dados de pesquisa, (2018)

Tabela 3: Principais resultados dos artigos selecionados (n=9)

ARTIGO	PRINCIPAIS RESULTADOS
A1	Os sujeitos evocaram 150 palavras associadas ao termo indutor sexualidade e, destas, 43 diferentes. No possível núcleo central de representação dos idosos sobre sexualidade, foram encontradas as palavras: amor, carinho e respeito. Sexo, companheirismo, compreensão e convivência compuseram os elementos intermediários da representação.
A2	A média de idade foi de 73 anos, sendo dois viúvos e três casados. Os idosos relataram ainda ter disposição para manter relações sexuais. Demonstram-se satisfeitos com sua vida sexual, mas sem basear sua vida conjugal ao sexo propriamente dito, acreditando fazer seu melhor para manter a qualidade de vida. Referiram que os profissionais de saúde não costumam abordar aspectos relacionados à sexualidade e à vida sexual nas consultas.
A3	Emergiram sete categorias, que envolveram relação e sexualidade conjugal; repercussões da doença; o cuidado e a abordagem profissional; atitudes, crenças e imaginário social de sexualidade e cuidado; relação familiar e resignificação da sexualidade.
A4	Emergiram as seguintes categorias temáticas: O homossexual e as sexualidades desviantes; A criança e o adolescente herança da transmissão vertical; A mulher e a feminização do vírus; O idoso, a manutenção da sexualidade e o risco da transmissão; e O pobre e o processo de pauperização da doença. Evidencia-se que ocorreram transformações nas representações sociais de profissionais da saúde sobre os grupos de pessoas vivendo com HIV/AIDS, considerando-se elementos críticos da vulnerabilidade, como gênero e sexualidade, classe social e faixa etária
A5	A maioria dos participantes eram mulheres (74%), entre 60 a 69 anos (51%). O maior índice de acertos obteve a transição por agulhas 96,2% e o menor (45,3%), a transmissão pela picada de mosquito e se a pessoa com o vírus da imunodeficiência humana sempre apresenta sintomas (49,6%). 88,2% deles relatara nunca usar camisinha.
A6	Das falas emergiram duas categorias: conhecimentos dos idosos em relação ao HIV/AIDS e conhecimento e utilização de meios de prevenção do HIV/AIDS pelos idosos.
A7	Participaram 11 idosos, 11 enfermeiros e 12 médicos. Emergiram três categorias empíricas: o diagnóstico tardio do HIV acontece na contramão do serviço de saúde; invisibilidade da sexualidade do idoso; e fragilidades na solicitação da sorologia anti-HIV para os idosos.

A8

A prevalência de IST foi 3,4%, sendo 2,6%, 0,5% e 0,3% de sífilis, hepatite B e infecção pelo HIV, respectivamente. Associaram-se de forma independente a este desfecho sexo e história de IST: mulheres tiveram 12 vezes mais chance que homens e, em idosos com história destas infecções, houve cinco vezes mais chance de IST, quando comparados àqueles sem história

A9

Observou-se que os idosos percebem a existência de prejuízos nas relações afetivas com amigos, parceiros sexuais e nas atividades laborais após o diagnóstico; evidenciou-se que a dificuldade de superação e aceitação do estado sorológico está vinculada ao estigma que cerca a doença, do que propriamente aos efeitos fisiológicos que a patologia causa no organismo.

Fonte: Dados de pesquisa, (2018)

Tabela 4: Conclusões dos artigos selecionados (n=9).

ARTIGO	PRINCIPAIS CONCLUSÕES
A1	Amor, respeito e carinho foram apontados como elementos centrais que estruturavam e organizavam a representação social da sexualidade na terceira idade pelo grupo estudado.
A2	Há limitações relacionadas à discussão sobre sexualidade na terceira idade. Além disso, os profissionais de saúde estão poucos presentes na orientação e esclarecimento de fatores relacionados à sexualidade.
A3	Compreendeu-se a construção de vida familiar e conjugal; os aspectos de formação e desenvolvimento da sexualidade; as especificidades que envolvem viver e cuidar do outro, com sucessivos acontecimentos e mudanças influenciados pela velhice, processo demencial, crenças e imaginário social.
A4	As questões relacionadas a conflitos e discussões sobre gênero, sexualidades desviantes e direitos sexuais e reprodutivos precisam ser inseridas na formação e educação permanente de profissionais da saúde para toda a população sexualmente ativa. A condição de vulnerabilidade entre crianças, adolescentes e mulheres heterossexuais, ainda não é compreendida de forma que favoreça atitudes de apoio emocional para o enfrentamento.
A5	O nível geral de conhecimento pode ser considerado bom, respondendo ao nosso objetivo. No entanto foram identificadas lacunas decorrentes da falta de campanhas voltadas exclusivamente para tal público, bem como conscientização de profissionais.

A6	Os idosos veem a AIDS como uma doença que não tem cura. Isso pode ser justificado pelo fato de pouco conhecimento em relação à doença em si, por terem tido acesso a essas informações na época em que eram jovens
A7	Há profissionais de saúde que percebem os idosos como assexuados, fazendo que o diagnóstico do HIV aconteça no serviço secundário e terciário e não na atenção primária.
A8	Os resultados apontam para a vulnerabilidade individual e programática dos idosos às IST. Sugerem-se estratégias que favoreçam às mulheres negociarem a prática de sexo seguro e a educação permanente dos profissionais na temática.
A9	Para que haja a promoção da atividade sexual segura para a terceira idade, é preciso haver um compromisso com a educação em saúde por parte de todos que estão envolvidos no bem-estar do idoso.

Fonte: Dados de pesquisa, (2018).

4 DISCUSSÃO

A sexualidade é uma característica pessoal presente no ser humano, existente em todas as fases da vida, inclusive na velhice e influencia diretamente o modo de agir e viver do indivíduo. Pode ser vista como parte da sua identidade, faz parte de como as pessoas se relacionam consigo e com o mundo. É uma parte fundamento da personalidade do ser humano e faz parte do seu desenvolvimento, chegando a ser uma necessidade humana básica e pode ser expressa com contato, intimidade, prazer, amor e carinho (QUEIROZ *et al.*, 2015).

Foi possível observar no artigo 01, que as pessoas idosas quando induzidas a partir da palavra sexualidade evocaram palavras como: dedicação, comunicação, dignidade convívio, sinceridade, alegria, tolerância, entendimento, parceria, saúde, gostar, amor, carinho, respeito entre outras. Assim, o que aflora a partir das palavras ditas é uma representação de que a sexualidade vai além do ato sexual, além do biológico, existem outros fatores para que a sexualidade seja aproveitada plenamente.

Já o artigo 02 deixa claro que o sexo na idade avançada é tão importante quanto na juventude, os anos podem passar, mas características como amor, carinho, libido e excitação permanecem e são de grande importância na vida das pessoas idosas. O envelhecimento não afeta a sexualidade, e não existem indícios de que a mesma tenha fim no processo de envelhecimento. Segundo Peixer *et al.* (2015), “os idosos relataram que têm disposição para manter relações sexuais, essas relações possuem maior espaço de tempo entre elas e não são intensas ou demoradas, mas proporcionam o mesmo prazer”.

O processo de envelhecimento deve ser compreendido como um processo natural, porém pode ser nomeado de duas maneiras: senescência, o que caracteriza o processo normal de envelhecimento, sem problemas ou comorbidades; ou senilidade, quando o envelhecimento vem atrelado a doenças de base, acidentes e estresse emocional, o que vai ocasionar uma condição patológica (SOUZA *et al.*, 2016).

Mesmo que a pessoa idosa esteja passando por um envelhecimento com comorbidades, a sexualidade ainda estará presente, mesmo que seja no seu cuidador que muitas vezes foi seu companheiro por longos anos de sua vida. No artigo 03, após as análises dos dados coletados emergiram sete categorias: vivenciando transições na relação conjugal e repercussões no decorrer do processo demencial, compreendendo as dimensões da sexualidade conjugal e as mudanças decorrentes do processo demencial, vivenciando o cuidado ao idoso em processo demencial, conscientizando-se da importância da abordagem profissional acerca da sexualidade e do cuidado no processo demencial do idoso, expressando as atitudes, as crenças e o imaginário social que permeiam a sexualidade e o cuidado, descrevendo as conexões da relação familiar e o processo demencial do idoso e por fim, ressignificando a sexualidade pessoal e conjugal.

Contudo, há negligência por parte dos profissionais de saúde nesse âmbito da saúde da pessoa idosa. A ausência da devida atenção para a sexualidade da pessoa idosa tem gerado consequências tanto físicas como psíquicas. Há uma necessidade de diálogos abertos entre os profissionais e os grupos de pessoas idosas sobre a sexualidade, os profissionais precisam quebrar o tabu sobre esse tema fazer o possível para entender que os idosos não são assexuados, são pessoas adultas que envelheceram e muitas coisas permanecem (QUEIROZ *et al.*, 2015).

O HIV vem traçando um longo caminho desde o seu surgimento até o aparecimento nos idosos e em outros grupos, no artigo 04, a pesquisa mostra cinco categorias após a análise dos dados. A primeira propõe sobre o homossexual e as sexualidades desviantes, esta categoria discute a cerca da predominância dos casos de contágio do HIV, adquirido através do contato sexual, sendo associada aos homossexuais, levando a uma visão onde a aids é associada não só ao contato sexual, mas ao contato sexual por homossexuais.

A segunda categoria trata da mulher e a feminização do vírus, a partir desta categoria a visão vem sofrendo uma mudança, partindo da ideia de que não só homossexuais se contaminam com o vírus, mas mulheres, que não tem essa prática, também. De acordo com Góis *et al.* (2017) a violência de gênero e a baixa escolaridade as tornam mais suscetíveis às doenças sexualmente transmissíveis. Um dos motivos associados ao fato de que as mulheres heterossexuais seriam um dos grupos mais susceptíveis a infecção pelo vírus está associado ao fato da dificuldade da adoção do sexo seguro relacionado à dificuldade de negociação com o parceiro, iniciando assim uma

discussão de gênero.

Relacionada a toda negligência e esquecimento do âmbito sexual do idoso no artigo 05, observa-se que tanto o sexo feminino como o sexo masculino têm pouco conhecimento na área de doenças sexualmente transmissíveis, principalmente ao que se refere as formas de transmissão. No que se refere ao uso de camisinha a maioria dos idosos que participaram da pesquisa admitiram não fazer uso, mesmo estando cientes de que a camisinha pode prevenir a transmissão do vírus.

Também foi exposto no artigo 06, que após a análise do material, foi estabelecido duas categorias: conhecimento dos idosos em relação ao HIV/AIDS e conhecimento e utilização de meios de prevenção no HIV/AIDS pelas pessoas idosas. Na primeira categoria, a maioria dos idosos conceituou o HIV/AIDS como uma doença que não tem cura. Foi possível observar ainda que as mulheres têm sido um dos públicos mais afetados pela doença, devido a sua vulnerabilidade em adquirir o vírus, pois existe a ideia de segurança relacionada a um longo relacionamento.

Segundo Souza *et al* (2016), “a pessoa idosa deve ser acolhida sem discriminação, independentemente de sua atividade profissional, orientação sexual ou estilo de vida”. Na segunda categoria, em relação ao uso de prevenção, foi observado que apenas um pequeno número dos entrevistados fazia uso do preservativo como meio de prevenção.

Foi possível observar através da análise do artigo 04 e do artigo 06 que as mulheres são mais sucessíveis que os homens quanto à contaminação pelo HIV, inicialmente esse fato foi atribuído a comportamentos de risco, como por exemplo: prostituição e promiscuidade. Porém, é possível observar também que ainda hoje as mulheres enfrentam violência de gênero, pobreza, baixa escolaridade tornando-as assim um grupo vulnerável. Ainda sobre as mulheres temos questões fisiológicas e biológicas, a mulher é “receptora” do ato sexual devido a internalização dos seus órgãos sexuais isso deixando-as mais expostas a contaminação pelo HIV, devido a exposição prolongada da vagina, da cérvix e do útero ao líquido seminal.

Diante da falta de olhares para a sexualidade das pessoas idosas no artigo 07, a partir da análise dos discursos presentes no estudo, sugeriram três categorias: o diagnóstico tardio do HIV acontece na contramão do serviço de saúde, invisibilidade da sexualidade da pessoa idosa e fragilidades na solicitação da sorologia anti-HIV para os idosos. Segundo Alencar e Ciosak (2016), “a invisibilidade da sexualidade do idoso ficou aparente quando os profissionais de saúde relataram que não dialogavam com seus pacientes sobre questões da sexualidade durante seus atendimentos”.

E devido a vulnerabilidade desse grupo eles não estão expostos somente ao HIV/AIDS, outras ISTs também estão se tornando comuns nessa faixa etária. No artigo 08, a prevalência de ISTs observada nesse estudo foi alta, principalmente em relação à sífilis, foi observado também

que o número de publicações sobre esse determinado assunto é escasso. Apresentar IST em outra fase da vida é indicado por práticas de risco, mas já desenvolver após os 60 anos indica vulnerabilidade individual. As mulheres, mesmo procurando o serviço de saúde mais que homens ainda são um grupo vulnerável, apresentando maior número de contaminação neste estudo.

A partir da análise dos artigos 05, 07 e 08 é possível observar que os profissionais de saúde, principalmente os médicos e enfermeiros que são os que possuem contato mais direto com as pessoas idosas na atenção primária tem falhado. Muitas vezes devido às comorbidades as pessoas idosas frequentam rotineiramente as unidades de saúde, o que para os profissionais deveria ser um tempo mais bem aproveitado com palestras e conversas em grupo não só sobre doenças e agravos, mas também sobre a sexualidade como maneira de prevenção a IST, principalmente o HIV.

Após a descoberta do diagnóstico as pessoas idosas têm que conviver não só com sua sexualidade, que já era considerado um tabu, como também com um diagnóstico de uma doença que passa por um caminho de preconceitos. No artigo 9, emergiram duas categorias e quatro subcategorias que foram criadas a partir das falas dos sujeitos. Primeira categoria: repercussões do diagnóstico, que possui como objetivo contemplar o impacto que o diagnóstico provocou nas pessoas idosas relacionado à diversos aspectos de vida. Sabendo que o HIV/Aids é uma doença de grande impacto na sociedade e sempre esteve acompanhada de preconceitos e discriminação.

5 CONCLUSÃO

A sexualidade é uma característica do ser humano que não se perde com os anos e aliada a ela deve vir uma melhor atenção por parte dos profissionais para tornar essa característica o mais natural possível, evitando assim problemas futuros como a contaminação por HIV. Os resultados demonstram que a pessoa idosa vivencia a sua sexualidade não apenas através do ato sexual em si, mas também por meio do amor, cuidado, carinho, atenção, entre outros fatores.

Devido a falta de informações e fragilidades na educação, as pessoas idosas são vulneráveis à inúmeras IST, principalmente o HIV. Outro ponto que chamou a atenção foi o fato de que os profissionais de saúde não lidam e não sabem lidar com esse determinado tema nessa faixa etária, o que leva a conclusão de uma falta de informação e de acordo com a pesquisa, uma falta de formação para tratar desse tema como um assunto que faz parte da saúde da pessoa idosa em geral. Foram encontradas algumas barreiras para a realização deste estudo.

Uma delas foi a escassez de publicações sobre a sexualidade da pessoa idosa e a correlação da sexualidade e a contaminação pelo HIV. Entretanto, foi possível caracterizar a compreensão dos idosos quanto a

sexualidade e como ela é vivenciada e a compreensão dos mesmos sobre a contaminação pelo HIV. Deste modo, esse estudo mostra a importância de incentivar produções nesta área, devido à falta de literaturas sobre a temática.

É importante também que os profissionais, principalmente da atenção primária, foquem no tema com os idosos para que possam evitar contaminações futuras e quebrar o tabu sobre o tema, aumento assim o vínculo entre o profissional e a pessoa idosa e diminuindo os casos de contaminação por falta de informação qualificada. Gerando um atendimento mais completo e uma melhoria na qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

ALENCAR, R. A.; CIOSAK, S. I. Aids em idosos: motivos que levam ao diagnóstico tardio. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 69, n. 6, p. 1140- 1146, nov./dez. 2016.

ANDRADE, J.; AYRES, J. A.; ALENCAR, R. A.; DUARTE, M. T. C.; PARADA, C. M. G. L. Vulnerabilidade de idosos a infecções sexualmente transmissíveis. **Acta Paul Enferm**, v. 30, n. 1, p. 8-15, 2017.

BEZERRA, S. T. F. Representações sociais da sexualidade entre idosos. **Revista brasileira de enfermagem**, v.68, n.4, p. 662-667, jul./ago. 2015.

GÓIS, A. R. S.; OLIVEIRA, D. C.; COSTA, S. F. G.; OLIVEIRA, R. C.; ABRÃO, F. M. S. Representações sociais de profissionais da saúde sobre pessoas vivendo com HIV/AIDS, **Av Enferm**, v. 35, n. 2, p. 171-180, 2017.

LIMA, C. F. M.; CALDAS, C. P.; SANTOS, I.; TROTTE, L. A. C.; SILVA, B. M. C. Cuidado terapêutico de enfermagem: transições da sexualidade do cônjuge-cuidador do idoso. **Rev Bras Enferm**, v. 70, n. 4, p. 705-713, jul./ago. 2017.

MARQUES, A. D. B.; SILVA, R. P.; SOUSA, S. S.; SANTANA, R. S.; DEUS, S. R. M.; AMORIM, R. F. A vivência da sexualidade de idosos em um centro de convivência. **Revista de enfermagem do centro oeste mineiro**,v.5, n.3, p.1768-1783, set./dez. 2015.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, v. 17, n. 4, p. 758-764, out./dez. 2008.

NARDELLI, G. G.; MALAQUIAS, B. S. S.; GAUDENCI, E. M.; LEDIC, C. S.; AZEVEDO, N. F.; MARTINS, V. E.; SANTOS, A. S. Conhecimento sobre síndrome da imunodeficiência humana de idosos de uma unidade de atenção ao idoso. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 37, 2016.

NASCIMENTO, E. K. S.; ALBUQUERQUE, L. P. A.; MARINELLI, N. P.; CAMPELO, M. N. A. A.; SANTOS, F. J. L. História de vida de idosos com HIV/AIDS. **Rev Enferm UFPE on line**, v. 11, n. 4, 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Envelhecimento ativo**: uma política de saúde. Brasília: OMS 2005. Disponível e: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf. Acesso em: 10 de jun. 2017

PEIXER, T. C.; CEOLIN, T.; GROSSELLI, F.; VARGAS, N. R. C.; CASARIN, T. Sexualidade na terceira idade: percepção de homens idosos de uma estratégia de saúde da família. **J Nurs Health**, v. 5, n. 2, p. 131-140, 2015.

QUEIROZ, M. A. C.; LOURENÇO, R. M. E.; COELHO, M. M. F.; MIRANDA, K. C. L.; BARBOSA, R. G. B.; BEZERRA, S. T. F. Representações sociais da sexualidade entre idosos. **Revista brasileira de enfermagem**, v.68, n.4, p. 662-667, jul./ago. 2015.

SOARES, C. B.; HOGA, L. A. K.; SANGALETI, C.; YONEKURA, T.; SILVA, D. R. A. D. Revisão integrativa: conceitos e métodos utilizados na enfermagem. **Rev Esc Enferm USP**, v. 48, n. 2, p. 335-345, 2014.

SOUZA, M. D. D.; MOTA, L. I. M.; SANTOS, W. N.; SILVA, A. R.; MONTE, N.L. Conhecimento dos idosos da estratégia saúde da família em relação ao HIV/AIDS. Ver **Enferm UFPE on line**, v. 10, n. 11, p. 4036-4045, 2016.

UNDERSTANDING AND EXPERIENCE OF ELDERLY PEOPLE ABOUT SEXUALITY AND REASONS FOR VULNERABILITY FOR HIV

ABSTRACT - Introduction: Brazil has been facing a phase of demographic transition, where elderly people live longer and longer, but quality of life for this age group is necessary for aging to be a positive experience. The sexuality of the elderly person continues to be present over the years and it is necessary for professionals to pay attention in this area, as the elderly are vulnerable to sexually transmitted infections, especially the human immunodeficiency syndrome. Objective: To characterize how elderly people understand and experience sexuality and why they are so vulnerable to infection by sexually transmitted infections, especially human immunodeficiency syndrome. Methodology: This study consists of an integrative review, which is the method in which we can understand the object that will be analyzed through an approach of a series of studies that can be experimental and non-experimental. Results: studies were found by combining the descriptors and, later, those compatible with the proposed theme were selected, using inclusion and exclusion criteria. The total sample consisted of 09 articles. To enable a better understanding of the bibliographic findings that supported the production of this study, tables were created to show, in an orderly manner, some items evaluated. Conclusion: This study shows the importance of encouraging productions in this area, due to the scarcity of literature on the subject. It is also important to invest in training health professionals so that they can deal with the topic in the best possible way and provide complete care.

KEYWORDS: Aged, Sexuality, Sexually Transmitted Diseases.

CUIDADOS DE ENFERMAGEM E O PALIATIVISMO EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Thaís Mendonça Resende

lattes.cnpq.br/9496486382954432

Universidade Federal de Juiz de
Fora

Vanessa Rodrigues de Abreu

lattes.cnpq.br/3160207931132899

Universidade Salgado de Oliveira

Gisele Aparecida Fofano

lattes.cnpq.br/7815127926159292

Faculdade Ubaense Ozanam
Coelho

RESUMO - Diante do automatismo e da mecanização em Unidades de Terapia Intensiva (UTI) e dos casos de terminalidade entre muitos pacientes nesse contexto, a necessidade de humanização por meio dos cuidados paliativos tem sido discutida. Objetivo: Avaliar a implantação da filosofia paliativista no cuidado de enfermagem em UTI e verificar a crítica das(os) enfermeiras(os) sobre suas vivências. Métodos: Revisão integrativa da literatura. Os dados foram coletados de artigos acadêmicos publicados de 2009 a 2019, seguindo-se os critérios de seleção estabelecidos.

A amostragem totalizou 21 artigos elegidos. Resultados: Os achados foram elencados em três categorias: O Cuidado de Enfermagem; A Filosofia Paliativa; A Morte e o Morrer. Encontramos lacunas relativas à teoria e prática paliativa. Bem como às condições estressantes de trabalho e às dificuldades subjetivas. Mas, ações tímidas para uma assistência mais humanizada estão em curso. Conclusão: Espera-se que movimentos como o paliativismo ganhem mais atenção diante de cenários críticos onde o cuidado integral se faz premente.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem, Cuidado paliativo, Assistência terminal, Unidades de Terapia Intensiva (UTI).

1 INTRODUÇÃO

A questão da morte e do morrer, nos desafia de forma complexa e exigente, abalando paradigmas culturais, familiares, subjetivos, religiosos e científicos. Manejar tal complexidade - de forma consciente - exige dedicação, observação e preparação; técnica, psíquica e estrutural. Todavia, também precisamos enfrentar conscientemente o imprevisível, o inesperado, e aquilo

que não é controlado. Pois, a finitude tem esse aspecto enigmático que nos faz calar, paralisar e simplesmente consentir.

Porém, enquanto agentes ativos e profissionais especializados que devem estar capacitados para lidar de forma cotidiana com pacientes graves e terminais, qual a crítica, e a ação proveniente desta estamos desenvolvendo? Estamos conscientes ou alienados em nossas práticas?

Carvalho e Lunardi apontam para o automatismo, o tecnicismo e o distanciamento das ações, sobretudo em setores fechados e altamente especializados, como nas Unidades de Terapia Intensiva (UTIs), por exemplo. Esses estudiosos, referem a questão do desenvolvimento tecnológico e suas máquinas, substituindo o ser humano com seu toque e com sua fala, e alertam sobre os prejuízos na assistência. Nesse campo, surgem discussões sobre conciliar os avanços científicos com a humanização do cuidar e, assim, inclui a proposta da filosofia paliativista direcionada aos pacientes crônicos e terminais⁽¹⁾.

Os Cuidados Paliativos propõem assistência ativa, integral e multiprofissional aos pacientes e seus familiares diante de doença crônica, degenerativa, e/ou potencialmente fatal. Nesse contexto, é fundamental o controle da dor e de outros sintomas através da prevenção e do alívio do sofrimento, incluindo apoio ao luto e aliando técnica e presença⁽²⁾.

Esse cenário descrito é corroborado por uma das pesquisadoras do presente estudo, enfermeira que experienciou o cuidar dirigido a um ente querido em estado de terminalidade. Com isso, o interesse para trabalhar o tema proposto, congrega a experiência profissional e pessoal, da mesma. As inquietações provenientes de tais eventos trouxeram e trazem reflexões acerca do ser enfermeira(o) em uma UTI e de que o cuidado paliativo na verdade é uma proposta para o resgate do cuidar em enfermagem, ou seja, é uma proposta para resgatar a essência de nossa arte, de nossa ciência e de nossa profissão.

De acordo com Vera Regina Waldow, o cuidar consiste em satisfazer as necessidades humanas, inclui aceitar a pessoa não somente como ela é, mas como ela virá a ser. O meio ambiente de cuidado proporciona o desenvolvimento do potencial da pessoa, ao mesmo tempo em que lhe permite escolher a melhor ação para si em um tempo dado. O cuidado refere-se mais à saúde do que a cura, e a prática do cuidar é o foco central da enfermagem⁽³⁾.

Na mesma linha de pensamento, e de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), os cuidados paliativos são uma abordagem que satisfaz as necessidades de todos os pacientes que requerem alívio dos sintomas físicos, assim como das necessidades de atenção psicossocial e espiritual e de apoio de suas famílias, em particular quando os pacientes se encontram em fases avançadas e têm poucas possibilidades de cura ou quando se encontram em fase terminal de uma enfermidade⁽²⁾.

Pode-se perceber que, o cuidar - em ambas as definições - além de denotar aspecto natural pertencente a todo ser humano, como empatia,

acolhimento e zelo, compartilha do mesmo princípio e da mesma ação. Então, onde reside a dificuldade profissional, apontada pelos pesquisadores, de atuar integralmente e para além da técnica?

Ao analisarmos os aspectos históricos e sociológicos do homem diante da morte, percebe-se que, conforme o período histórico e o povo pesquisado houve uma grande diversidade no comportamento das civilizações em relação à morte. Para a maioria dos ocidentais, a morte não é um tema favorito e tão pouco é tratado com naturalidade, quase sempre a morte remete diversos sentimentos como sofrimento, angústia e rejeição, e é nesses parâmetros que nós profissionais de saúde nos encontramos⁽⁴⁾.

Então, o fator crucial parece residir no enfrentamento do tema da mortalidade, e aqueles profissionais que se posicionam de modo distanciado e mecânico junto aos pacientes terminais, na verdade refletem as próprias reações subjetivas a uma questão mais ampla e simbólica. Sendo assim, a educação para a morte, deve pautar a formação e a capacitação profissional, especialmente nos contextos onde tal preparação se faz indispensável, como nas UTIs.

Fugulin e colaboradores relatam sobre uma Agenda de pesquisa desenvolvida durante o Fórum Fundo, dirigido pela Associação Brasileira de Medicina Intensiva, e realizado entre os dias 22 e 23 de agosto de 2008. Dentre as várias propostas apresentadas, cita-se a implantação de programas de educação continuada, visando a minimização do estresse e da tensão as quais os profissionais da Unidade de Terapia Intensiva são submetidos⁽⁵⁾.

Preparar a equipe integralmente significa abarcar as questões subjetivas, os dramas e os conflitos, preparando para além da técnica. Significa cuidar. Os profissionais também precisam de cuidados, e nesse movimento naturalmente criam-se possibilidades de qualificar a assistência. Há um elo contínuo de troca que não deve ser menosprezado. Gomes e Othero afirmam que na prática paliativa é importante a interatividade de todos os envolvidos no processo, isto é, do paciente, de seus familiares e da equipe da saúde. Esses cuidados incluem, necessariamente, uma perspectiva multidisciplinar e dimensão institucional, voltada também para as equipes de saúde. Uma abordagem ampla permite a inclusão dessa prática no sistema de saúde e na sociedade⁽⁶⁾.

Pensando nessa complexidade de ação e que também demanda tempo, decorridos mais de 10 anos do lançamento da Agenda durante o Fórum Fundo e da divulgação dos princípios paliativistas pela OMS, como se encontra o cenário hoje? Quais os avanços, os desafios e os retrocessos? E, sobretudo, como está a construção crítica dos profissionais de enfermagem que cuidam dos pacientes terminais nas UTIs? Diante destes questionamentos, apresentamos como:

O objetivo da pesquisa é a avaliar a implantação da filosofia paliativista como ferramenta do cuidar em enfermagem direcionada aos

pacientes terminais assistidos em Unidades de Terapia Intensiva. Verificar a crítica construída pelas(os) enfermeiras(os) intensivistas sobre suas ações e compreensões vivenciais.

2 METODOLOGIA

2.1 Tipo de estudo

Trata-se de uma revisão integrativa de literatura, uma vez que é a mais ampla abordagem metodológica referente às revisões, ao considerar estudos experimentais e não-experimentais, dados da literatura teórica e empírica, além de incorporar um vasto leque de propósitos: definição de conceitos, revisão de teorias e evidências, e análise de problemas metodológicos de um tópico particular. Dessa forma, foi realizado um estudo com coleta de dados extraídos de fontes secundárias, por meio de um levantamento bibliográfico e baseado na experiência vivenciada pelo pesquisador por ocasião de uma revisão integrativa⁽⁷⁾.

2.2 Coleta dos dados

Os dados foram coletados a partir de artigos científicos publicados nos últimos 10 anos (2009-2019) e anexados às bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e nos repositórios de instituições universitárias, tais como a Universidade Federal de Santa Maria, a Universidade Federal do Ceará e a Universidade de Vassouras, incluindo a Revista do Conselho Federal de Enfermagem. Para a busca, os seguintes termos foram combinados: cuidado paliativo, enfermagem e UTI. Cuidado terminal, enfermagem e UTI. Enfermagem, trabalho e UTI. Desenvolvemos as buscas de Janeiro de 2020 a Maio de 2020, respeitando-se os critérios de seleção acima definidos.

2.3 Organização dos dados

Todo o material recolhido foi submetido a uma triagem, a partir da qual estabelecemos um plano de leitura atenta e sistemática para captar os pontos de interesse do estudo, organizando as informações em arquivos digitais, de forma a possibilitar: a separação por subtemas, a seleção daqueles pertinentes, o descarte dos não elegíveis e a comparação entre eles, assim como, a recuperação posterior dos artigos.

2.4 Análise dos dados

A análise dos dados foi desenvolvida em três etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos, seguindo-se os seguintes critérios

- critérios de inclusão: abrangeram artigos na íntegra, de diferentes

métodos e publicados em periódicos nacionais, entre 2009 e 2019 e que apresentavam resultados de pesquisas desenvolvidas no tema proposto.

- critério de exclusão: considerou artigos parciais, que fugiam da temática, com publicação internacional e fora do período estabelecido.

- exaustividade: foi obedecida, visando esgotar todo o assunto sem omissão de nenhuma parte. Assim, contabilizou-se 57 artigos localizados inicialmente, sendo utilizados 21 para a elaboração desta revisão, após aplicados os critérios de inclusão, de exclusão e a exaustividade.

2.5 Aspectos éticos

Este estudo obedeceu a ética científica, assegurando a acurácia e a integridade durante todo o processo da pesquisa. Por não se tratar de estudo que envolveu seres humanos, é dispensado o parecer do Comitê de Ética em Pesquisa.

3 RESULTADOS

A partir da análise dos dados, organizamos os mesmos em três categorias no que diz respeito ao contexto da UTI e como os temas cuidados paliativos e terminalidade se relacionam com os profissionais de enfermagem: O Cuidado de Enfermagem; A Filosofia Paliativa; A Morte e o Morrer.

3.1 O cuidado de enfermagem

A questão de recorrência entre os artigos analisados sobre o cuidado de enfermagem em UTI direciona-se à incidência da Síndrome de *Burnout*. Tal transtorno é definido como uma resposta do organismo diante de um estado de estresse prolongado quando o enfrentamento não foi utilizado, falhou ou foi insuficiente. Está vinculado ao trabalho e causado por repetitivas pressões emocionais, associados ao envolvimento subjetivo com os pacientes graves e por longo período de tempo⁽⁸⁻¹¹⁾.

Especificamente no contexto da UTI, aos profissionais de enfermagem é exigido excelente conhecimento técnico e científico e capacidade para lidar com a perda, a dor e o sofrimento. Inclui também, a habilidade do relacionamento multidisciplinar, as longas jornadas de trabalho, o duplo vínculo empregatício, o desvio de funções e o salário defasado. Além das características do trabalho, relacionam-se fatores sociodemográficos do profissional; como faixa etária, sexo, estado civil e grau de aperfeiçoamento⁽⁸⁻¹¹⁾.

De acordo com alguns autores, esse conjunto multifatorial gera a insatisfação profissional que vem juntamente com um sentimento de incompetência, de insuficiência e de desmotivação, desencadeando atividades realizadas de maneira inadequada e ineficiente, e o aumento do absenteísmo⁽⁸⁻¹¹⁾.

Algumas estratégias de enfrentamento são apontadas nesse sentido; como a melhoria das condições de trabalho, o suporte psicológico e a atualização em serviço. Todavia, em âmbito nacional, a implantação das mesmas tem sido algo pontual e não disseminado entre os serviços⁽⁸⁻¹¹⁾.

Parece que tais ações esporádicas esbarram em um grande desafio, conforme apontam alguns estudiosos: a humanização institucional. Pois humanizar o cuidado perpassa obrigatoriamente pela melhoria da qualidade da assistência, o que depende do bem-estar da equipe, das condições saudáveis de trabalho e do investimento na capacitação profissional, devendo ser uma contrapartida do empregador. Assim, a humanização é um movimento amplo e complexo que deve englobar as pessoas, o processo e a instituição⁽⁸⁻¹¹⁾.

3.2 A filosofia paliativa

Em um consenso, muitos artigos que abordam os Cuidados Paliativos nas UTIs, apontam para o despreparo profissional como consequência da formação ainda estar focada no aspecto da cura e não do cuidado, e assim, as manobras têm sido direcionadas à luta pela vida e pela manutenção da homeostase, sem considerar a morte e o desequilíbrio processos naturais de determinados momentos. Dessa forma, os estudos relatam que poucas instituições caminham em sentido inverso, e nesse movimento, os protocolos de cuidado paliativo ganham um espaço fundamental, o que tornam esses locais pioneiros e diferenciais quando se fala em humanização no fim da vida e em qualidade de morte⁽¹²⁻¹⁵⁾.

Ideias equivocadas sobre os Cuidados Paliativos (CP) aparecem em pesquisas de campo que utilizaram como método de coleta, a entrevista. Noções como os CP serem ações que não resultam em melhora, serem atendimentos admissionais e necessitarem de prescrições médicas, demonstram o despreparo e a falta de informação básica^(16, 17). E quando se questiona sobre o apoio espiritual no âmbito dos CP, a falta de compreensão do que consiste a ação interdisciplinar, se evidencia, ao constataremos em muitos discursos a crença de que tal suporte deve ser realizado estritamente por representantes religiosos^(16, 17).

No contexto da religiosidade, entra o entendimento do termo “dor total”, pouco disseminado entre os (as) enfermeiros (as) atuantes. Refere-se à dor em todas as dimensões do ser humano; física, psíquica, social e espiritual. Esse conceito é fundamental nos CP e embasa a integralidade da assistência. A necessidade espiritual, especificamente, pode ser expressa por meio das crises transcendentais, pelo desejo de estabelecer rituais e ligação com referências religiosas. Para perceber tal necessidade afetada, é necessário prontidão e sensibilidade⁽¹⁸⁾.

Mas, quando os profissionais tão mecanicamente treinados são colocados de frente a algo que foge dos protocolos, e que ainda é envolto

por um ar de mistério, mostra-nos que a capacitação também deve ir além da técnica. O apoio psicológico, a busca filosófica-religiosa-espiritual e os grupos de auto ajuda são alguns dos caminhos para capacitar o ser humano que todos nós somos antes de nos tornarmos profissionais. Nesse quesito, as lacunas são ainda maiores. Dar importância a este aspecto transcendente é um desafio considerável no campo da formação ^(19, 20).

3.3 A morte e o morrer

A qualidade de morte, ou boa morte é outro caráter importante nos CP e desconhecido por muitos dos que lidam com pacientes terminais. Ou seja, oferecer um fim digno, reduzindo o sofrimento e respeitando os direitos, inclui permitir a proximidade e a participação da família ⁽²¹⁻³⁰⁾.

De acordo com a literatura, a relação da equipe com a família no processo de morte e morrer é destacada como uma das tarefas mais importantes e mais difíceis. A importância se deve ao fato de o núcleo familiar ser considerado o apoio e o intercessor fundamental entre os profissionais e o paciente. E a dificuldade está ligada à necessidade de estruturar a participação de cada membro nos CP, incluindo-os como entes ativos do cuidado. É necessário, por exemplo, nomear quem é o cuidador principal, identificar quais as vulnerabilidades dos elementos familiares, observar o tipo de comunicação estabelecida entre eles e verificar os recursos - internos e externos - disponíveis para o enfrentamento da situação vivida ⁽²¹⁻³⁰⁾.

Envolver a família no processo significa a possibilidade da mesma dar e receber cuidados. Todavia, muitos enfermeiros (as) demonstram relutância para aceitar esse envolvimento, tanto por demandar tempo no diálogo e no planejamento quanto por se sentirem pouco preparados (as) na execução dessas ações. Contudo, promover uma relação terapêutica e humanizada entre a família e os profissionais exige que a comunicação entre todos seja respeitada e que o profissional se mostre capaz de oferecer segurança, confiança e orientação ⁽²¹⁻³⁰⁾.

Se já é confirmado que os enfermeiros (as) atuantes nesse contexto encontram dificuldades para manejar a si; suas crenças, suas emoções e suas ações, lidar com a subjetividade do outro é um campo ainda mais repleto de obstáculos. Ou seja, são empecilhos no cumprimento de um dos princípios dos CP: Oferecer um sistema de auxílio aos familiares para conviverem com a doença do paciente e com suas próprias perdas ⁽²¹⁻³⁰⁾.

4 DISCUSSÃO

O tema analisado é complexo e envolto de particularidades e de desafios. Abraça também os paradoxos, os tabus e as possibilidades. Quando se fala em cuidados de enfermagem nas UTIs, vem à tona a Síndrome de *Burnout* que acomete muitos profissionais; o estresse, as desgastantes condições de trabalho e a dor integral daquele que cuida e que também

precisa de cuidados.

Ao entrar no campo da filosofia paliativista, percebemos uma curiosa controvérsia: a vastidão teórica *versus* a escassez que se perpetua nas zonas empíricas. Encontramos indicações de lacunas relativas: à busca por conhecimento, à ação baseada nos cuidados paliativos e à capacitação direcionada.

Caminhando para o universo subjetivo, quando a questão é lidar com as dores existências – próprias, dos pacientes e dos familiares – a lacuna torna-se uma cratera. O medo de enfrentar o que não é possível tratar e/ou curar, ou seja, o medo de enfrentar a morte, reflete a crise do cuidar de si e do outro; pois assim como o cuidado, a morte é um processo que necessita de assistência.

Mas, estratégias tímidas em prol de atitudes mais humanizadas estão em curso. Se diz respeito a simples ações de cobrir superficialmente as fendas ou de preenchê-las profundamente, só o tempo nos dirá.

5 CONCLUSÃO

De modo geral, sobre os cuidados paliativos direcionados aos pacientes terminais em UTIs, a falta de conhecimento prévio, de preparação em campo e de apoio subjetivo marcam as práticas de grande parte de enfermeiros (as) que atuam nesses contextos. Mas, propostas para amenizar essas faltas têm sido levantadas, tais como: a capacitação em serviço, o suporte psicológico direcionado ao profissional, a oferta de melhores condições de trabalho, entre outras. São ações discretas, diante do grande despreparo e da pouca vontade de repensar um paradigma dominante e lucrativo. Pois, a verdade seja dita, cuidar é ato simples e pouco custoso. Mas, o mercado - com suas exigências - tem valorizado aspectos complexos, em detrimento das necessidades mais básicas, como ouvir, aproximar, tocar e acariciar. A esperança é que os movimentos em prol do resgate do cuidar - como a filosofia paliativista - ganhem mais atenção e adesão.

REFERÊNCIAS

- 1 Carvalho KK, Lunardi VL. Therapeutic futility as an ethical issue: intensive care unit nurses. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2009; 17(3): 308-13 [Acesso em setembro de 2020]. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n3/pt_05.pdf.
- 2 WHO-World Health Organization. Cancer control. Knowledge into action. Guide for effective programmes. Palliative care. 2007 [Acesso em setembro de 2020]. Disponível em: <http://www.who.int/cancer/media/FINAL-Palliative%20Care%20Module.pdf>.
- 3 Waldow, VR. Cuidar – Expressão humanizadora da enfermagem. 3ª ed. Petrópolis: Vozes; 2010.

Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v18n9/v18n9a14.pdf>.

15 Barros NCB, Oliveira CDB, Alves ERP, França ISX, Nascimento RM, Freire MEM. Cuidados Paliativos na UTI: compreensão, limites e possibilidades por enfermeiros. *Rev Enferm UFSM*. 2012; 2(3): 630-40 [Acesso em setembro de 2020]. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/5857/pdf>.

16 Markus LA, Betiolli SE, Souza SJP, Suza FR, Marques M, Migoto T. A atuação do enfermeiro na assistência ao paciente em cuidados paliativos. *Revista Gestão & Saúde*. 2017; 17(Supl 1): 71-81 [Acesso em setembro de 2020]. Disponível em: <http://www.herrero.com.br/files/revista/file808a997f5fc0c522425922dc99ca39b7.pdf>

17 kelviani Isa, dayse mg. use of communication strategies in palliative care in brazil: integrative review. *Cogitare Enferm*. 2015; 20(4): 725-732 [Acesso em setembro de 2020]. Disponível em: <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2016/08/1127/39509-166289-1-pb.pdf>.

18 Penha RM, Silva MJP. Meaning of spirituality for critical care nursing. *texto contexto Enferm*. 2012; 21(2): 260-8 [Acesso em setembro de 2020]. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/tce/v21n2/a02v21n2.pdf>.

19 Oliveira SG, Quintana AM, Budó MLD, Bertolino KCO, Kruse MHL. A formação do enfermeiro frente às necessidades emergentes da terminalidade do indivíduo. *Rev Enferm UFSM*. 2011; 1(1): 97-102 [Acesso em setembro de 2020]. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/1996>

20 Lazzari DD, Schmidt N, Jung W. Educação continuada em unidade de terapia intensiva na percepção de Enfermeiras. *Rev Enferm UFSM*. 2012; 2(1): 88-96 [Acesso em setembro de 2020]. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/4592>.

21 Franco HCP, Stigar R, Souza SJP, Burci LM. Papel da enfermagem na equipe de cuidados paliativos: a humanização no processo da morte e morrer. *Revista Gestão & Saúde*. 2017; 17(2): 48-61 [Acesso em setembro de 2020]. Disponível em: <http://www.herrero.com.br/files/revista/file56fb2faad065b8f7980ccdf2d0aa2da1.pdf>.

22 Silva RS, Campos AR, Pereira A. Caring for the patient in the process of dying at the Intensive Care Unit. *Rev Esc Enferm*. 2011; 45(3): 738-44 [Acesso em setembro de 2020]. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n3/v45n3a27.pdf>

23 Ribeiro KV, Soares MCS, Gonçalves CC, Medeiros IRN, Silva G. Eutanásia em paciente terminal: concepções de médicos e enfermeiros intensivistas. *Enferm Foco*. 2011; 2(1): 28-32 [Acesso em setembro de 2020]. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/70>.

24 Lima MGR, Nietzsche EA, Teixeira JA. Reflexos da formação acadêmica na percepção do morrer e da morte por enfermeiros. *Rev. Eletr. Enf*. 2012; 14(1): 181-8 [Acesso em setembro de 2020]. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/14173>.

25 Santana JCB , Dutra BS, Carlos JMM , Barros JKAD. Orthothanasia in intensive care units: perception of nurses. *Rev. Bioét.* 2017; 25(1): 158-67 [Acesso em setembro de 2020]. Disponível em: http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/1308/1627.

26 Silva RSD, Evangelista CLDS, Santos RDD, Paixão GPDN, Marinho CLA, Lira GG. Perception of intensive care nurses in regional hospital on dysthanasia, euthanasia and orthothanasia. *Rev. Bioét.* 2016; 24(3): 579-89 [Acesso em setembro de 2020]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/bioet/v24n3/1983-8042-bioet-24-03-0579.pdf>.

27 Lima MS, Monteiro LD, Nogueira LSS, Martins-Melo FR. Cuidado de enfermagem à família de pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva: revisão integrativa. *Rev enferm UFPE on line.* 2015; 9(5):7957-66 [Acesso em setembro de 2020]. Disponível em: http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/15037/1/2015_art_mslima.pdf.

28 Fonseca JVC, Rebelo T. Necessidades de cuidados de enfermagem do cuidador da pessoa sob cuidados paliativos. *Rev Bras Enferm.* 2011; 24(1): 180-4. [Acesso em setembro de 2020]. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reben/v64n1/v64n1a26.pdf>.

29 Costa SC, Figueiredo MRB, Schaurich D. Humanização em unidade de terapia intensiva adulto (UTI): compreensões da equipe de enfermagem. *Interface Comun Saúde Educ.* 2009;13(1Suppl):571-80. [Acesso em setembro de 2020]. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/icse/v13s1/a09v13s1.pdf>.

30 Silva FS, Pachemshy LR, Rodrigues IG. Percepção de enfermeiros intensivistas sobre distanásia em unidade de terapia intensiva. *Rev Bras Ter Intensiva.* 2009;21(2):148-54. [Acesso em setembro de 2020]. Disponível em: <http://rbti.org.br/artigo/detalhes/0103507X-21-2-6>.

NURSING CARE AND THE PALLIATIVISM IN INTENSIVE CARE UNITS: AN INTEGRATIVE REVIEW

ABSTRACT - In the face of automation and mechanization in Intensive Care Units (ICU) and terminal cases among many patients in this context, the need for humanization through palliative care has been discussed. Objective: The aim of this paper is to evaluate the implantation of the palliative care approach in nursing care in ICU and to assess nurses' appraisal regarding their experiences. Methods: Integrative literature review. We collected data from academic papers published from 2009 to 2019, according to selection criteria. The sample comprised 21 selected papers. Results: The findings were sorted into three thematic categories: Nursing Care; The Palliative Philosophy; Death and Dying. We found gaps regarding palliative theory and practice, as well as in relation to stressful working conditions and to subjective difficulties. However,

small actions for more humanized assistance are underway. Conclusion: It is expected that movements such as palliative care will draw more attention in the face of critical scenarios where comprehensive care is urgent.

KEYWORDS: Nursing, Palliative care, Terminal care, Intensive Care Units (ICU).

ACUPUNTURA E ESPIRITUALIDADE NO CUIDADO DA ENFERMAGEM ONCOLÓGICA

Thaís Mendonça Resende

lattes.cnpq.br/9496486382954432

Universidade Federal de Juiz de
Fora
Faculdade de Enfermagem

Leonice Fumiko Sato Kurebayashi

lattes.cnpq.br/6747654731648923

Universidade de São Paulo
Escola de Enfermagem

RESUMO – Objetivos: avaliar a ação da acupuntura sobre os elementos espirituais de pacientes oncológicos em tratamento ambulatorial, segundo a teoria transpessoal de Jean Watson e Ken Wilber, e analisá-la como ampliadora do cuidado de enfermagem. Método: investigação qualitativa e exploratória, realizada em Instituição Mineira especializada no tratamento do câncer, no ambulatório de radioterapia, de agosto a outubro de 2013. Treze mulheres participaram do estudo e receberam dez sessões de acupuntura, via técnica de tonificação com agulha, em pontos que tratam aspectos mentais e espirituais (B42, B44, B47, B49 e B52). As respostas foram avaliadas por meio de questionário semiestruturado, comparando o

antes e o depois das dez sessões. Resultados: os dados qualitativos foram categorizados segundo Análise de Conteúdo de Bardin, em três categorias; 1) Experiências transformadoras; 2) Uma nova forma de Ser; 3) A conscientização do Eu. Os relatos apontaram para o surgimento de elementos como: paz, alívio de desconfortos físicos, discernimento e força. Conclusão: A acupuntura mostrou-se atuante sobre a dimensão espiritual, aliviando a dor espiritual e se apresentou como uma tecnologia possível na ampliação do cuidado. Os resultados encontrados estimularam novas reflexões que apontam para a possibilidade da presente pesquisa ser explorada.

PALAVRAS-CHAVE: Cuidar, Acupuntura, Espiritualidade

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, a acupuntura tem sido utilizada como terapia complementar desde a década de 80 em vários hospitais universitários. Nos últimos anos passou por regulamentação em alguns conselhos profissionais, inclusive no Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) em 1997. Foi incorporada oficialmente no âmbito

do Sistema Único de Saúde pelo Ministério da Saúde em 2006, por meio da Portaria nº 971/06 que instituiu a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), estabelecendo normas de caráter genérico, sem interferências à substituição das técnicas empregadas na medicina alopática⁽¹⁾.

De acordo com a Associação Brasileira de Enfermeiros Acupunturistas (ABEnA)⁽²⁾, desde 2006, o número de enfermeiras(os) que se especializam em acupuntura no estado de São Paulo - principal centro formador - tem aumentado significativamente, chegando a representar mais de 50% dos alunos nas turmas de especialização para multiprofissionais. E, alguns pesquisadores citam a inclusão das práticas complementares como tecnologias para ampliar o cuidado em enfermagem como uma das principais motivações⁽³⁾.

No que diz respeito às áreas de atuação, na oncologia a acupuntura tem apresentado bons resultados para a analgesia e para a redução dos efeitos colaterais provocados pelo tratamento antineoplásico⁽⁴⁾. No entanto, tem sido relatado o possível acesso à dimensão espiritual do paciente por meio dessa técnica terapêutica. Especificamente, foi identificada em uma pesquisa, a influência da acupuntura sobre tal dimensão como o resultado secundário a um tratamento no qual o foco central era o desconforto físico provocado pelo câncer. Neste caso, os pacientes vivenciaram um momento de *insight*, juntamente com a sensação de paz e de alívio, o que pode ser comparado aos efeitos da meditação⁽⁵⁾.

A teoria transpessoal define tais resultados como experiências transpessoais durante as quais se realiza um movimento de expansão da consciência ao caminhar do universo restrito egóico para o universo ampliado transcendental. Desenvolver tal processo significa superar os desequilíbrios físicos, emocionais e sociais em prol da realização espiritual, ou seja, ultrapassar as barreiras do Eu em direção ao Ser supremo⁽⁶⁾. Para o cuidado transpessoal, as ações visam auxiliar aquele que está sendo assistido a realizar tal movimento. E no contexto da oncologia, a dimensão espiritual é valorizada, uma vez que os pacientes se encontram em situações de complexa vulnerabilidade – o que inclui a incerteza quanto à cura, o medo da morte e do pós-morte - que desencadeia a denominada dor espiritual. Nesse sentido, entre as estratégias assistenciais, estimula-se a utilização de métodos integrativos e complementares para ampliar o cuidar, como por exemplo, a acupuntura⁽⁷⁾.

Na atuação das autoras como enfermeiras acupunturistas, a acupuntura pode contribuir para a ampliação do cuidado de enfermagem⁽³⁾. A partir da teoria energética, esta técnica terapêutica propõe o equilíbrio entre o corpo, a mente, o ambiente e o transcendente. O indivíduo é considerado uma unidade microcósmica da natureza, da sociedade e do universo. Busca-se estimular o organismo através de uma relação equilibrada entre o micro e macrocosmo em vez de combater a doença, que é um processo natural do

fluxo da vida. A proposta de atuar de forma harmônica e não controladora é perspectiva comum entre o cuidado de enfermagem e a acupuntura.

Além disso, é observado, no cotidiano profissional, que na maioria das instituições de saúde, o cuidado espiritual na enfermagem não tem sido realizado ou tem sido pouco considerado como parte de sua assistência. Todavia, o olhar direcionado à dimensão espiritual dos pacientes oncológicos se faz premente pela condição na qual eles se encontram, ou seja, a maioria frente à possibilidade de incurabilidade e de terminalidade e experimentando a denominada dor espiritual.

Diante dessas considerações, desenvolvemos como objetivos: avaliar a ação da acupuntura sobre os elementos espirituais dos pacientes oncológicos em tratamento ambulatorial, segundo a teoria transpessoal de Jean Watson e Ken Wilber e analisar a atuação no cuidado de enfermagem.

2 PERCURSO METODOLÓGICO

Foi realizada uma investigação de natureza qualitativa, com abordagem exploratória. O cenário dessa pesquisa foi uma instituição filantrópica e especializada no tratamento e na prevenção do câncer em um município da Zona da Mata Mineira. A coleta de dados ocorreu no ambulatório de radioterapia no período de agosto a outubro de 2013.

Os participantes foram indicados pela enfermeira e pela psicóloga responsáveis pelo ambulatório, após avaliação daqueles em condições físicas e psíquicas para participar da pesquisa. Incluímos na pesquisa aqueles maiores de 18 anos que concordaram em participar e que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Todos os pacientes masculinos abordados não concordaram em participar da investigação por receio da agulha de acupuntura. Foram também excluídos aqueles que não tinham condições de realizar as dez sessões de acupuntura, uma vez que estavam finalizando o procedimento terapêutico ao qual se submetiam.

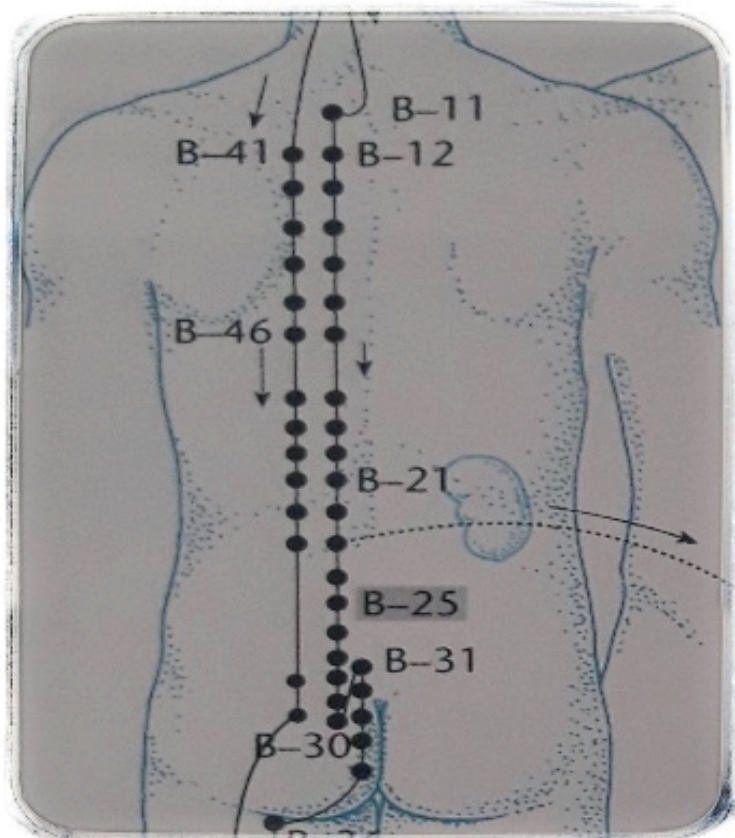
A utilização de outra terapia integrativa e a presença de lesões cutâneas nos pontos de aplicação da acupuntura foram fatores observados como critérios para exclusão, porém não houve a ocorrência de tais aspectos.

Participaram do estudo 13 pacientes do sexo feminino, em acompanhamento ambulatorial e que faziam uso dos seguintes procedimentos terapêuticos: radioterapia, quimioterapia e antineoplásico oral. A faixa etária variou entre 41-75 anos e o tempo de diagnóstico oscilou entre um mês e cinco anos.

As mulheres foram submetidas a dez sessões de acupuntura aplicadas por uma das pesquisadoras. O método utilizado para a estimulação dos pontos de acupuntura foi o agulhamento. Como o objetivo foi estimular a dimensão espiritual, a técnica utilizada foi a tonificação, o que significa

manter a agulha no ponto de acupuntura entre cinco e dez minutos⁽⁸⁾. Foram estimulados os pontos dos aspectos mentais e espirituais que totalizam cinco pontos situados na região dorsal (B42, B44, B47, B49 e B52)⁽⁹⁾. As sessões duraram em média 30 minutos e foram aplicadas três vezes na semana, em dias alternados.

Figura 1 - Canal da Bexiga e os pontos B42, B44, B47, B49 e B52



Fonte: (Focks, 2005)⁽¹⁰⁾

Os dados foram obtidos por meio de entrevistas semiestruturadas, aplicada em dois momentos: antes e após dez sessões de acupuntura. Os depoimentos foram gravados em minigravador e posteriormente transcritos. A coleta de dados ocorreu após aprovação do projeto no Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos – Plataforma Brasil, conforme preconizado pelo Conselho Nacional de Saúde, segundo a Resolução nº 466/12, que dispõe as normas éticas de pesquisas com seres humanos⁽¹¹⁾.

Figura 2 – Aspecto visual dos formulários aplicados do modo seguinte: a) antes das sessões de acupuntura; b) após dez sessões.

a.

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS
Dados de caracterização dos sujeitos

Nome:		
Idade:	Escolaridade:	Estado Civil:
Crença religiosa/filosófica:		Tempo de diagnóstico:

Questões norteadoras para a entrevista
(antes das sessões de acupuntura)

- 1- Como tem se sentido neste momento da sua vida?
- 2- Você tem vivenciado algum sentimento do tipo medo, raiva, tristeza, angústia? E pensamentos repetitivos relacionados a estes sentimentos?
- 3- Você tem vivenciado algum sentimento do tipo alegria, coragem, segurança, vitalidade? E pensamentos relacionados a estes sentimentos?
- 4- Qual tipo de sentimento/pensamento é mais constante ou habitual?
- 5- Fisicamente você tem sentido algum desconforto? Qual (ais)?
- 6- Como vem se relacionando com as pessoas mais próximas?
- 7- Você tem tido algum tipo de percepção não muito usual?

b.

INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS
Dados de caracterização dos sujeitos

Nome:		
Idade:	Escolaridade:	Estado Civil:
Crença religiosa/filosófica:		Tempo de diagnóstico:

Questões norteadoras para a entrevista
(ao final das dez sessões de acupuntura)

- Sentiu alguma mudança em você após as sessões de acupuntura? Se sim, explique quais foram as mudanças que ocorreram?

Os dados foram estudados por meio da análise do conteúdo de Laurence Bardin. Após tal procedimento, eles foram categorizados, tendo como referencial teórico a teoria transpessoal e, assim, foram construídas três categorias de análise.

3 RESULTADOS

Nas vivências relatadas, tendo como eixo norteador as percepções, os sentimentos e os pensamentos que expressam a forma como cada entrevistado se relaciona consigo, com os outros e com o mundo - relações transpessoais, e tendo como base também o referencial teórico utilizado, foi possível identificar modos de ser que se mostraram transformados quando comparamos o antes e o depois das sessões de acupuntura.

Estas transformações foram descritas por meio de três categorias de análise: 1) experiência transformadora; 2) Uma nova forma de ser; 3) a conscientização do eu.

3.1 Experiências Transformadoras

Esta categoria de análise relaciona-se às experiências transpessoais que as participantes vivenciaram durante as aplicações da acupuntura e que podem ser identificadas a partir de efeitos como sensação de paz, percepção do corpo flutuando, relaxamento intenso e alívio dos desconfortos físicos. Tais vivências relacionadas à ativação de estados não ordinários de consciência podem ser comparadas com as experiências de transe e com os êxtases místicos ⁽¹³⁾:

“É uma sensação boa que parece estar flutuando, uma sensação diferente no corpo e uma intensa leveza. E aqueles arrepios gostosos friozinhos (risos)” (E1)

“Durante as sessões, assim que você acabava de colocar as agulhas, eu já começava a sentir como se tivessem ondas percorrendo a minha coluna. Como uma gota que cai na água formando ondas, uma sensação parecida! Além disso, o relaxamento e uma tranquilidade, uma sensação muito boa!” (E2)

Ainda nesta categoria, encontramos também relatos de prolongamento das experiências transformadoras, ou seja, da continuidade no decorrer dos dias, das sensações experimentadas durante as sessões de acupuntura, incluindo alívios na esfera física:

“Interessante é que, algumas vezes em casa, quando eu dou uma parada, por exemplo deitada na sala para ler e antes de dormir, sinto um relaxamento intenso, uma leveza intensa, um sentimento de paz. Arrepios iguais aos que sentia aqui durante as aplicações, uma sensação muito boa (risos)” (E5)

“Percebi que tudo foi melhorando a cada dia, que foi intensificando. Passei a andar com mais leveza, parece que estava toda travada e fiquei muito feliz com isso. Eu

já saía da sessão aliviada e o alívio permanecia durante o dia e à noite, e passei a dormir melhor também, sem dores. E esse alívio permanece até hoje!” (E3)

“As dores na coluna, na cabeça e nos ombros eu não sinto mais, desde que começou a acupuntura. Até o apetite e o mal-estar também melhoraram” (E4)

Entende-se que as experiências transpessoais provocaram uma alteração no estado de consciência no sentido de ampliá-la em direção aos níveis transcendentais e, com isso, houve a promoção de vivências mais profundas, contínuas e significativas.

3.2 Uma nova forma de Ser

O relaxamento físico e mental trouxe uma maior flexibilidade emocional expressa por meio do desenvolvimento de atributos, como adaptação, aceitação e perdão, o que foi descrito nesta segunda categoria e evidenciado nos relatos a seguir:

“A agitação e o nervosismo diminuíram bem. Passei a deitar depois do almoço, o que não gostava de fazer. Agora, quando não posso fazer alguma coisa de casa, tudo bem. Ainda fico um pouco preocupada com tudo isso, mas não como antes, não fico pensando tanto como antes” (E4)

“Tenho me sentido mais calma, mais tranquila, principalmente em relação a toda essa mudança no corpo e nos hábitos de vida, antes ficava mais aflita, agora parece que estou conseguindo me adaptar”. (E7)

“Olha, agora que você falou, relembrei. Porque não estava pensando nisso mais (Mágoa em relação aos colegas do trabalho), como se estivesse apagado, e percebo com isso que não sinto o mesmo incômodo. Engraçado, né! Parece que não tem o mesmo peso, agora é o que consigo perceber!” (E5)

Foi possível verificar, também, que o desenvolvimento de tais atributos, além de proporcionar o equilíbrio interno, estendeu-se para o mundo externo, promovendo relações mais harmônicas e maior proximidade com o outro:

“A única pessoa que tenho mais próxima é o meu marido. Percebi que ele passou a ficar mais calmo, e até mais atencioso comigo. Acho que é porque fiquei mais calma e ele também ficou!” (E10)

“Ah! Minha família notou que estou mais paciente, mais

aberta, mais alegre. Eles notaram! E aí modifica o ambiente todo. Até eles estão mais tranquilos” (E5)

“É interessante que as pessoas agora param comigo e conversam. Não sei se eu estava mais fechada antes, o que impedia que isso ocorresse. Parece que estou mais aberta” (E3)

Esta harmonização integral possibilitou a promoção de maior clareza e discernimento.

3.3 A conscientização do Eu

Clarear a visão promoveu a abertura para ampliar a percepção da emersão do Ser. Tal movimento evidenciou a expressão da força e da coragem, como atributos da Divindade ou do Ser que em tudo habita. Esse processo foi descrito nesta terceira categoria:

“E parece que fiquei mais concentrada para rezar o terço. Uma sensação como se estivesse totalmente inteira ao rezar, mais ligada” (E2)

“Não tenha dúvida que foi um benefício, foi como um fortalecimento da força, da fé, da ligação com a força superior” (E6)

“Parece que me sinto mais forte. Você pode achar que está sozinha, mas não está. Você pensa ou fala a respeito e então você sente a presença de Deus te acolhendo e você adormece sem sentir. A cura está na gente, mas você tem que acreditar nisso e utilizar tudo que ajude nessa cura” (E11)

Assim, pode-se observar que todos os aspectos narrados convergem para um ponto central. Ativar estados não ordinários de consciência desencadeou a harmonização interna por meio do desenvolvimento da aceitação, da adaptação e do perdão, assim como estabeleceu relações externas mais equilibradas. A harmonização total propiciou o estabelecimento de maior clareza, discernimento e força como expressões do Ser.

4 DISCUSSÃO

Tendo como base a teoria transpessoal, observou-se que, logo após a sessão de acupuntura e desde a primeira aplicação, a maioria das entrevistadas relatou a vivência de momentos significativos de uma paz profunda, que se poderia dizer libertadora, uma vez que também se expressou no corpo, relaxando-o de forma que parecia flutuar em ondas de calafrios. Além da sensação física de relaxamento intenso, a remissão significativa

de quadros algícos e de outros desconfortos físicos foi sintoma comumente relatado. Tais benefícios foram se aprofundando durante o desenvolvimento sequencial das sessões de acupuntura de forma a atingir não somente a dimensão psicofísica, mas parecendo abranger a totalidade do Ser.

Estes resultados são comparados aos processos de expansão da consciência, e qualquer pessoa pode ter uma experiência desta ordem, pois a razão para que tal vivência seja possível é que esta é uma possibilidade sempre presente que pode ser desencadeada por simples atitudes, como contemplar a natureza, ouvir uma música, orar e meditar. E, ao se caracterizar como uma experiência de expansão para além do ego, ou seja, de ultrapassar o limite físico, emocional e psíquico habitual em direção a estados mais profundos e elevados, estados transpessoais, é comum a vivência de um sentimento de liberdade ardente e sublime, uma vez que há a liberação das dores físicas, emocionais e sociais ⁽¹³⁾.

Foi perceptível um movimento ascendente de liberação, partindo do Eu, passando pelo outro e atingindo o todo. Tal processo foi desencadeado por uma abertura no sentido da permissão para passar por uma experiência transformadora, acarretando o desenvolvimento de atributos como aceitação, adaptação, perdão, harmonia, centramento, força e coragem.

Para a teoria transpessoal, aceitar, adaptar e perdoar significa realizar um movimento em direção à lógica feminina, saindo da lógica masculina de resistência. O equilíbrio entre o atributo arquetípico masculino do fazer, realizar e alcançar e o valor simbólico feminino do Ser, abraçar e aceitar promove relações mais harmônicas e menos hierárquicas. Pois o fazer é dependente de regras e de julgamentos com o objetivo de realizar um presente melhor, mas este é sempre projetado em um futuro e vinculado a um passado, por meio da eterna insatisfação das coisas como elas são ⁽¹³⁾.

Quando o Ser abraça o fazer, o presente se instala através de um movimento de inclusão e de abertura, e nessa entrega, aceitam-se todas as manifestações que ocorrem neste momento único e singular. O abraço do Ser representa a promoção da clareza, do discernimento e da harmonia através de um abraçar envolvente que extrapola os limites individuais. Este movimento generoso propicia a emersão da força e da coragem ⁽¹³⁾.

Nesse sentido, promover o cuidado espiritual significa ajudar o paciente a realizar este movimento de ampliação, ou seja, de sair do universo restrito egóico (psicofísico-social) em direção ao ampliado transcendental (transpessoal). Todavia, o cuidado para se efetivar, deve ter a qualidade de um momento de encontro, de troca e de transformação, uma vez que um indivíduo é reflexo do outro. É um compromisso concreto com outro(s) para uma ação reflexiva, contudo espontânea, de desconstrução e de reconstrução mútuas.

Com base neste princípio, pode-se notar que o desenvolvimento consciencial se refere, no contexto do cuidado de enfermagem, a um atributo

bilateral, ou seja, relacionado ao cuidador e ao paciente. Pois o cuidado como entidade ontológica é um processo dinâmico e não estático, assim, estabelece-se como um mecanismo contínuo de desenvolvimento que afeta todos os sujeitos envolvidos ⁽⁷⁾.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da teoria transpessoal, entendemos que propor o cuidado espiritual significa efetivar o cuidado de enfermagem enquanto ação integral e abrangente, uma vez que a dimensão espiritual abarca todas as demais. Oferecer este tipo de cuidado representa aliviar a dor espiritual (psicofísica-social), uma vez que muito da dor e do sofrimento é proveniente da restrição egóica, e esta condição pode se findar ou amenizar quando há um movimento direcionado ao universo ampliado transpessoal. Assim, realizar o cuidado espiritual significa estimular aquele que está sendo cuidado a alcançar níveis elevados de desenvolvimento, tendo como objetivo o alcance do último nível, o transpessoal.

Mediante a análise das categorias, observamos que, de fato, a acupuntura atuou sobre a dimensão espiritual das pacientes, tendo como parâmetro a teoria transpessoal. Dessa forma, a acupuntura se mostrou como tecnologia para o cuidado espiritual dos pacientes oncológicos em tratamento ambulatorial e como resgate do cuidado ampliado em enfermagem enquanto atributo ontológico-espiritual do ser humano.

Todavia, para que tal natureza do cuidar se efetive, é necessário que o profissional de enfermagem acesse uma nova consciência, transcenda o espaço e o tempo linear, como também desenvolva um esforço reflexivo para incorporar os novos conhecimentos à prática profissional e um empenho para transformá-la. Enfim, os resultados encontrados propiciaram algumas reflexões e questionamentos: teriam sido diferentes os resultados com a participação de homens ou em um contexto socioeconômico diferente? Neste tipo de abordagem e de prática complementar, o profissional terapeuta faz parte do procedimento, com sua especificidade, habilidade, sensibilidade, técnica e personalidade? Estas indagações apontam para a possibilidade de a presente pesquisa ser explorada e desencadear novos olhares; assim, sugerimos outras investigações, estimulando o desenvolvimento desta visão ampliada.

DEDICATÓRIA

As autoras dedicam esta publicação a Profa. Dra. Betânia Maria Fernandes (*in memoriam*) da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora.

NOTA DAS AUTORAS

Este estudo é originário da Dissertação de Mestrado “Acupuntura para pacientes oncológicos ambulatoriais: um cuidado espiritual de enfermagem”, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora. Ano de defesa: 2014.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da saúde (BR). Secretaria de Atenção à saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS. Atitude de ampliação do acesso. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
2. Associação Brasileira de Enfermeiros Acupunturistas (BR). Artigo do presidente da ABEnA. São Paulo [Internet]. 2013 [citado 2014 jun 24]. Disponível em: <http://www.abenanacional.com.br/index.html>.
3. Kurebayashi LFS; Freitas GF; Oguisso T. Acupuntura na saúde pública: uma realidade histórica e atual para enfermeiros. Cultura de los cuidados [Internet]. 2009 [citado 2014 jun 24]; 26(13): 27-33. Disponível em: https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/13510/1/CC_26_05.pdf
4. Fumis RRL. Dor e qualidade de vida: a acupuntura como ferramenta adicional nos cuidados oncológicos. Rev. Bras. Med [Internet]. 2011 [citado 2014 jun 24]; 68(n.esp): 26-28. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-586147>
5. Kaufman K, Salkeld EJ. Home hospice acupuncture: a preliminary report of treatment delivery and outcomes. The Permanent Journal [Internet]. 2008 [citado 2014 jun 24]; 12(1): 23-26. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3042334/>
6. Tabone M. Psicologia transpessoal: introdução à nova visão de consciência em psicologia e educação. São Paulo: Cultrix; 2013.
7. Watson J. Enfermagem pós-moderna e futura: um novo paradigma da enfermagem. Loures: Lusociência; 2002.
8. Inada T. Técnicas simples que complementam a acupuntura e a moxabustão. São Paulo: Roca; 2007.
9. Maciocia G. A prática da medicina chinesa. São Paulo: Roca; 2010.
10. Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução n.466 de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas em seres humanos. Ministério da saúde. Brasília [Internet]. 2012 [citado 2014 jun 24]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>.
11. Focks, C. Atlas de Acupuntura: com sequência de fotos e ilustrações, textos didáticos e indicações clínicas. Barueri: Manole; 2005.

12. Resende, TM.; Fernandes, BM. Acupuntura para pacientes oncológicos ambulatoriais: um cuidado espiritual de enfermagem. 2014 [dissertação]. Juiz de Fora (MG): Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora; 2014.
13. Wilber K. A Visão Integral. São Paulo: Cultrix; 2013.

ACUPUNCTURE AND SPIRITUALITY IN CANCER NURSING CARE

ABSTRACT - Objectives: Identifying the development of the spiritual elements in oncologic patients in ambulatory treatment subjected to acupuncture, according to the transpersonal theory by Jean Watson and Ken Wilber and assessing the action of acupuncture as highlighting the nursing care. Methodology: Investigation of qualitative nature, with exploratory approach. The setting was an institution specialized in cancer treatment at a municipality in Minas Gerais. Data gathering took place at the radiotherapy ambulatory from August to October of 2013. Thirteen female patients took part in the study. They had ten acupuncture sessions, three times a week each. Mental and spiritual aspects were toned by means of needle punctures (B42, B44, B47, B49 e B52). Responses were assessed using a semi-structured questionnaire, comparing before and after ten sessions. Results: The data was analyzed by means of Bardin's content analysis and divided into three categories. In the first one "Transformative experiences". In the second category "A new form of Being". In the third one "Awareness of Self". The reports pointed to the appearance of elements such as: peace, relief from physical discomfort, discernment, and strength. Conclusion: Acupuncture acted over the spiritual dimension by relieving the spiritual pain and presented itself as a possible technology in amplifying care. The results found made it to reflect and new considerations which point towards the possibility of the present research be explored.

KEYWORDS: Caring, Acupuncture, Spirituality.

ALTA DO PREMATURO DA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL: PREOCUPAÇÃO DOS PAIS: PARTE I

Flávia Simphronio Balbino

lattes.cnpq.br/8815718989140425

Doutora em Ciências pelo
Departamento de Enfermagem da
UNIFESP

Vera Lúcia Barbosa

lattes.cnpq.br/4102012168382473

Departamento de Enfermagem da
UNIFESP

Massuco Naganuma

lattes.cnpq.br/5912833275046449

Departamento de Enfermagem da
UNIFESP

RESUMO - Objetivo: Identificar e descrever as principais preocupações apresentadas pelos pais, quando se aproxima a alta do recém-nascido prematuro. Método: Estudo exploratório de caráter descritivo, com abordagem qualitativa. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista semiestruturada com os pais e consulta ao prontuário do recém-nascido. Resultados: Dos resultados emergiram dois temas: Preocupação com a proximidade da alta onde os pais se preocupam com a infecção no hospital e em casa; com

o crescimento e desenvolvimento do filho; com o seu futuro por ser prematuro; com as novas responsabilidades que irão assumir como pais. E preocupação com o cuidado com o bebê em casa como: a amamentação e as complicações respiratórias que ele possa apresentar no domicílio. Considerações Finais: Diante dos resultados constatou-se a necessidade de implementar ações de enfermagem com objetivo de acolher e favorecer a participação dos pais no cuidado do filho durante a hospitalização, capacitando-os para a alta hospitalar e minimizando, desta forma, as preocupações apresentadas neste momento. O presente estudo foi dividido em duas partes, sendo que a primeira apresenta os aspectos introdutórios e metodológicos. A segunda parte apresenta os resultados obtidos, discussões e conclusões.

PALAVRAS-CHAVE:

Recém-nascido prematuro, pais, alta do paciente, Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, enfermagem neonatal.

1 INTRODUÇÃO

A prematuridade é uma importante questão de saúde pública

refletindo nos indicadores de mortalidade e morbidade neonatal mundial ¹. O recém-nascido prematuro (RNPT), é aquele que nasce com menos de 37 semanas de gestação e de baixo peso, cujas características têm mais riscos de não se desenvolver adequadamente, por apresenta uma imaturidade geral, que pode levá-lo a disfunção em qualquer órgão ou sistema corporal, tornando-o passível de complicações graves na vida extrauterina ^{1,2}.

A combinação de órgãos não desenvolvidos, a alta necessidade de cuidados invasivos e medidas de suporte à vida é de grande importância para a manutenção deste RNPT, requerendo por vezes, longos períodos de internação na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) ². De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), é essencial a continuidade do atendimento do RNPT, desde a internação na UTIN até o seguimento em serviços ambulatoriais, bem como atendimentos familiares e da atenção primária ¹.

No entanto, a longa internação hospitalar e a transição da alta do RNPT ainda é um desafio e um fator que preocupa tanto a equipe de assistência à saúde, quanto os pais que a partir deste momento, serão responsáveis por um RN que apresentou múltiplas comorbidades, complexidade de cuidado e a mudança de um ambiente rico em equipamentos e monitorização para um ambiente com menos recursos ³.

Diante da alta, os pais sentem uma espécie de ambivalência e ambiguidade, pois ao receberem a notícia que seu bebê prematuro receberá alta hospitalar, expressam de forma verbal e na maior parte das vezes, não verbalmente, felicidade e euforia, como se tivessem conseguido algo que até aquele momento parecia impossível⁴. Concomitantemente, percebe-se que esta euforia diminui aos poucos, dando lugar a uma expressão de medo e insegurança. Tais sentimentos e expressões são reais e intensos visto que, os pais terão de cuidar de um bebê prematuro sem a ajuda dos profissionais de saúde da UTIN em seu domicílio ⁴.

É possível compararmos a angústia e inquietações apresentadas pelos pais nos momentos que antecedem a alta, com aquela vivida durante o parto prematuro e a hospitalização após o nascimento, no qual o sofrimento e o medo predominam igualmente, sendo desencadeados por uma sobrecarga emocional, para os quais os pais não foram preparados ³⁻⁵.

O contato dos pais com o filho prematuro, sendo confrontados imprevisivelmente com o ambiente da UTIN, especializado e estressante, impotentes para assumirem os cuidados de seu bebê que apresenta possibilidades de morrer, leva-os a viverem momentos de extrema instabilidade emocional, representadas por reações como: comoção ou choque, negação, tristeza, raiva, ansiedade, equilíbrio e reorganização ^{4,5}.

A crise do nascimento de uma criança prematura provoca nos pais a necessidade de elaboração do luto pela perda do bebê idealizado e da luta pela aceitação ao bebê real. Sinais e traços familiares são buscados

no prematuro, mas, dificilmente são identificados, o que lhes desperta lembranças de um bebê inacabado ⁴⁻⁸.

O fato desses pais e familiares terem se preparado para ter um filho que nasceria a termo os deixa fragilizados frente a prematuridade, trazendo como consequência desajustes biopsicossocioculturais intensos que perduram até a alta hospitalar e podem persistir por vários anos^{5,7}. Ademais, o estresse e a ansiedade reduzem a capacidade dos pais de absorverem e reterem mensagens complexas de alterações clínicas do RNPT, transmitidas pela equipe neonatal. Recomenda-se que os profissionais de saúde estabeleçam uma comunicação empática, criando oportunidades de conversar com esses pais sobre o diagnóstico e prognóstico promovendo uma maior aceitação da realidade do neonato prematuro ^{3,6}.

Para que esse contato ocorra de forma segura e menos traumatizante, é necessária a participação e o apoio da equipe da UTIN, que deve aprender a reconhecer sem compactuar ou antagonizar, as reações psicológicas apresentadas pelos pais e ajudá-los a vencê-las ^{6,7}. Faz-se necessário dar início ao preparo dos pais para a alta, assim que a sobrevivência do bebê parecer certa e haja disponibilidade dos mesmos em aprender ⁸.

O processo de adaptação dos pais na UTIN é difícil e sofrido, em decorrência da unidade ser um ambiente estranho aparentemente hostil, uma cultura desconhecida que os amedronta e induz a atitudes defensivas. À medida que adentram nessa cultura é necessário que estabeleçam uma comunicação efetiva com a equipe de saúde, em especial a equipe de enfermagem que permanece ao lado do RN e família durante as 24h do dia, no papel de um educador em saúde e acompanhando o processo de formação dos pais como principais cuidadores.

Para que a família participe desse cuidado, é necessário promover seu empoderamento através do estabelecimento de uma relação terapêutica eficaz com a equipe de saúde, onde os pais se sintam seguros e confiantes o suficiente para realizarem os cuidados básicos de seu filho e consigam aceitá-lo fortalecendo assim, seus vínculos afetivos ^{6,8}.

Esse processo está alicerçado no paradigma da reciprocidade entre a tríade mãe-prematuro-equipe de enfermagem. A reciprocidade caracteriza-se pelas ações e reações dos participantes da tríade: Os pais ao visitarem seu filho prematuro participam da assistência direta segundo as suas possibilidades, o bebê reage a estímulos e ao tratamento, e a equipe de enfermagem, já inserida no grupamento cultural das unidades neonatais, interage com a mãe através do cuidar, fornecendo segurança para suas ações ⁸.

A transição do hospital para casa envolve um processo complexo de adaptação pelos pais e abordagens multidisciplinares às famílias ⁷. Por isso, durante o longo período de internação do RNPT é importante que os pais permaneçam com ele, para que após a alta sejam capazes de cuidá-

lo dá forma adequada. Se os pais não receberem informações, orientações adequadas nem apoio emocional necessário, acabam por afastar-se da UTIN e de seus filhos, e conseqüentemente, chegam despreparados para a alta e este despreparo, pode resultar em sérios problemas futuros para a criança ⁴⁻⁸.

Com base nessas reflexões, consideramos importante conhecermos a realidade do que preocupa os pais no momento da alta, visando contribuir com o planejamento da assistência de enfermagem no que se refere ao cuidado domiciliar do prematuro realizado por seus pais.

Diante do exposto, nossos objetivos são identificar e descrever as principais preocupações apresentadas pelos pais, quando se aproxima a alta do RNPT.

2 MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa descritiva exploratória, com abordagem qualitativa, que visa explorar a realidade, descrevendo o fato ou fenômeno com exatidão, o que possibilita novos subsídios ao refletir sobre o cuidado de enfermagem com pais de RNPT desde sua internação até a alta ^{9,10}.

Participaram da pesquisa 15 pais, sendo dez mães e cinco pais, que preencheram os critérios de inclusão, de ter filhos que nasceram prematuros e que foram internados na UTIN de um hospital universitário da cidade de São Paulo, no período de agosto a novembro de 2003. Os princípios éticos deste artigo foram pautados na resolução 196/96 e a coleta teve início em pesquisa após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo, conforme o parecer consubstanciado 1166/02.

A coleta de dados incluiu consulta aos prontuários dos RNPT e encontros individuais com a mãe e ou pai utilizando-se de entrevistas semiestruturadas. As entrevistas eram agendadas assim que os RNPT atingiam estabilidade clínica e condições de alta, era feito o contato telefônico com os pais um ou dois dias antes da alta. As entrevistas ocorreram em local privativo dentro da unidade, a partir das questões norteadoras: Quando você recebeu a notícia da alta de seu filho: O que você sentiu? O que você pensou? O que mudou na sua vida?

Ao final das entrevistas os pais eram orientados a respeito das preocupações apresentadas, os cuidados com o bebê e seguimento ambulatorial especializado da instituição do estudo.

As entrevistas foram gravadas e tiveram duração de 30 a 40 minutos. A saturação dos dados e a redundância teórica foram alcançadas em 15 entrevistas⁹. Após a coleta de dados, as entrevistas foram transcritas e lidas com a finalidade de se familiarizar com o conteúdo dos discursos, possibilitando que os dados fossem agrupados em temas por semelhança, tendo como foco a busca do sentido das falas que nos conduziram ao

resultado apresentado por meio de dois temas ¹⁰.

REFERÊNCIAS

1. Harrison MS, Goldenberg RL. Global burden of prematurity. *Semin Fetal Neonatal Med.* 2016 ;21(2):74–9.
2. Carvalho NAR, Santos JDM, Sales IMM, Araújo AAC, Sousa AS, Moraes FF, Rocha SS. A transição do cuidado do recém-nascido prematuro: da maternidade para o domicílio. *Acta Paul Enferm.* 2021;34: eAPE02503.
3. M. Boykova Life After Discharge: What Parents of Preterm Infants Say About Their Transition to Home. *Newborn & Infant Nursing Reviews* 2016; 16: 58–65.
4. Baltazar DV, Gomes RFS, Segal VL. Construção de vínculo e possibilidade de luto em Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal. *Rev. SBPH [Internet].* 2014 Jun [citado 2021 Jul 21]; 17(1): 88-98. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582014000100006&lng=pt.
5. Mousavi SS, Keramat A, Mohagheghi P, Mousavi SA, Motaghi Z, Khosravi A, et al. The need for support and not distress evoking: a meta-synthesis of experiences of iranian parents with premature infants. *Iran J Psychiatry Behav Sci.* 2017;11(4): e5916.
6. Medina IF, Molina JG, Sola CF, Padilla JMH, Ávila MC, Rodríguez MDML. Bonding in neonatal intensive care units: Experiences of extremely preterm infants' mothers. *Women and Birth* 31 .2018; 325–330.
7. Silva FVR, Gomes TO, Marta CB, Araújo MC, Braga ES. Preparo dos pais de recém-nascido pré-termo para alta hospitalar: proposta de um protocolo. *Rev Fun Care Online.* 2020 jan/dez; 12:386-392. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v12.8264>
8. Barbosa VL. O vínculo afetivo na UTI neonatal: uma questão de reciprocidade da tríade mãe-prematuro-equipe de enfermagem [tese]. São Paulo (SP): Escola Paulista de Medicina;1999.
9. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14ª ed. São Paulo: Hucitec; 2014.
10. Polit DF, Hungler BP. Pesquisa em análise qualitativa. In: Polit DF, Hungler BP, Fundamentos de pesquisa em enfermagem.5ªed Porto Alegre: Artmed; 2014 p.19-41.

11. Steiner L, Diesner SC, Voithl P. Risk of infection in the first year of life in preterm children: An Austrian observational study. PLoS ONE. 2019; 14(12): e0224766. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0224766>
12. Gomes, Marcilene Pimentel et al. Mothers' knowledge of premature newborn care and application of Kangaroo Mother Care at home. Revista Brasileira de Enfermagem [online]. 2021, v. 74, n. 6 [Acessado 14 julho 2021], e20200717. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0717>>. Epub 14 Jun 2021. ISSN 1984-0446. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0717>.
13. Marski BSL, Custodio N, Abreu FCP, Melo DF, Wernet M. Alta hospitalar do recém-nascido prematuro: experiência do pai. Rev Bras Enferm. 2016 abr;69(2):221-8. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690203iPMid:27280556>.»
14. Silva CG, Fujinaga CI, Brek EF, Valenga F. Cuidados com o recém-nascido prematuro após a alta hospitalar: investigação das demandas familiares. Saud Pesq, v. 14, n. 2, e9035, 2021 -e-ISSN 2176-9206
15. Braga PP, Sena RR. Devir cuidadora de prematuro e os dispositivos constituintes da continuidade da atenção pós-alta. Texto & Contexto - Enfermagem [online]. 2017, v. 26, n. 3 [Acessado 14 julho 2021], e3070016. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0104-07072017003070016>>. Epub 17 Ago 2017. ISSN 1980-265X. <https://doi.org/10.1590/0104-07072017003070016>.
16. Granero-Molina J, Medina IMF, Fernández-Sola C, Hernández-Padilla JM, Lasserrotte MMJ, Rodríguez MML. Experiences of mothers of extremely preterm infants after hospital discharge. J Ped Nurs. 2019; 45:2-8. doi: 10.1016/j.pedn.2018.12.003 » <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2018.12.003>
17. Voller SMB. Follow-up care for high-risk preterm infants. Pediatr Ann. 2018;47(4):142-6. doi: 10.3928/19382359-20180325-03 » <https://doi.org/10.3928/19382359-20180325-03>
18. Mathioli C, Ferrari RAP, Parada CMGL, Zani AV. Cuidado paterno ao filho prematuro no domicílio Escola Anna Nery 25(3)2021; 25(3): e20200298
19. Soares NC, Bernardino MPL, Zania AV, Insertion of the father in the care of the hospitalized preterm infant: perception of the multiprofessional team. Rev Paul Pediatr. 2019;37(3):283-290. <https://doi.org/10.1590/1984-0462/2019;37;3;00014>
20. Palmér L, Ericson J. A qualitative study on the breastfeeding experience

of mothers of preterm infants in the first 12 months after birth. *Int Breastfeed J.* 2019;1://4:35. <https://doi.org/10.1186/s13006-019-0229-6>

21. Veronez M, Borghesan NAB, Correa DAM, Higarashi IH. Experience of mothers of premature babies from birth to discharge: notes of field journals. *Rev Gaúcha Enferm.* 2017;38(2): e60911. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2017.02.60911>

22. Ciaciare BC, Migoto MT, Balamint T, Tacla MTGM, Souza SNDH, Rossetto EG. A manutenção do aleitamento materno de prematuros de muito baixo peso: experiências das mães. *Rev. Eletr. Enf. [Internet].* 2015 [acesso em: 06 nov. 2018];17(3). Disponível em: <https://doi.org/10.5216/ree.v17i3.27548>.

23. Pagliaro CL, Buhler KEB, Ibidi SM, Limongi SCO. Dificuldades de transição alimentar em crianças prematuras: revisão crítica de literatura. *J Ped.* 2016 jan/fev;92(1):7-14.

24. Balbino FS, Yamanaka CI, Balieiro MMFG, Mandetta MA. Grupo de apoio aos pais como uma experiência transformadora para a família em unidade neonatal. *Esc Anna Nery* 2015;19(2):297-302.

25. Vargas dos Reis Silva F, de Oliveira Gomes T, Bertolossi Marta C, Campos Araujo M, dos Santos Braga E. Preparation of parents of preterm newborn for hospital discharge: proposal for a protocol / Preparo dos pais de recém-nascido pré-termo para alta hospitalar: proposta de um protocolo. *R. pesq. cuid. fundam. online [Internet].* 1º de maio de 2021 [citado 13º de julho de 2021]; 12:386-92. Disponível em: <http://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/8264>

26. Cecagno D, Fröhlinch CVC, Cecagno S, WeyKamp JM, Biana CB, Soares MC. A vivência em uma unidade de terapia intensiva neonatal: um olhar expresso pelas mães. *Rev Fun Care Online.* 2020 jan/dez; 12:566-572. DOI: <http://dx.doi.org/0.9789/2175-5361.rpcfo.v12.8827>

DISCHARGE OF PREMATURE FROM THE NEONATAL INTENSIVE CARE UNIT: PARENTAL CONCERNS: PART I

ABSTRACT - Objective: To identify and describe the main concerns presented by parents when the discharge of premature newborns is approaching. Method: Exploratory descriptive study with a qualitative approach. Data collection was carried out through semi-structured interviews with parents and consultation of the newborn's medical record. Results: Two themes emerged from the results: Concern about the proximity of discharge where

parents are concerned about the infection in the hospital and at home; with the child's growth and development; with your future for being premature; with the new responsibilities they will assume as parents. And concern with the care of the baby at home, such as breastfeeding and respiratory complications that he may present at home. Final Considerations: In view of the results, it was found that there is a need to implement nursing actions with the objective of welcoming and favoring the participation of parents in the care of their child during hospitalization, enabling them to be discharged from the hospital and minimizing, in this way, the concerns presented right now. This study was divided into two parts, the first of which presents introductory and methodological aspects. The second part presents the results obtained, discussions and conclusions.

KEYWORDS: Premature newborn; Neonatal Intensive Care Unit; neonatal nursing.

ALTA DO PREMATURO DA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL: PREOCUPAÇÃO DOS PAIS: PARTE II

Flávia Simphronio Balbino

lattes.cnpq.br/8815718989140425

Doutora em Ciências pelo
Departamento de Enfermagem da
UNIFESP.

Vera Lúcia Barbosa

lattes.cnpq.br/4102012168382473

Departamento de Enfermagem da
UNIFESP

Massuco Naganuma

lattes.cnpq.br/5912833275046449

Departamento de Enfermagem da
UNIFESP

RESUMO - Objetivo: Identificar e descrever as principais preocupações apresentadas pelos pais, quando se aproxima a alta do recém-nascido prematuro. Método: Estudo exploratório de caráter descritivo, com abordagem qualitativa. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista semiestruturada com os pais e consulta ao prontuário do recém-nascido. Resultados: Dos resultados emergiram dois temas: Preocupação com a proximidade da alta onde os pais se preocupam com a infecção no hospital e em casa; com

o crescimento e desenvolvimento do filho; com o seu futuro por ser prematuro; com as novas responsabilidades que irão assumir como pais. E preocupação com o cuidado com o bebê em casa como: a amamentação e as complicações respiratórias que ele possa apresentar no domicílio. Considerações Finais: Diante dos resultados constatou-se a necessidade de implementar ações de enfermagem com objetivo de acolher e favorecer a participação dos pais no cuidado do filho durante a hospitalização, capacitando-os para a alta hospitalar e minimizando, desta forma, as preocupações apresentadas neste momento. O presente estudo foi dividido em duas partes, sendo que a primeira apresenta os aspectos introdutórios e metodológicos. A segunda parte apresenta os resultados obtidos, discussões e conclusões.

PALAVRAS-CHAVE: Recém-nascido prematuro, pais, alta do paciente, Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, enfermagem neonatal.

3 RESULTADOS

Os pais participantes do estudo, possuíam entre 18 e 45 anos,

a maioria declarou ser casados e residentes no município de São Paulo. No que se refere ao grau de escolaridade, a maioria tem ensino médio completo. A idade gestacional no momento do parto variou de 27 e 36 semanas de gestação, peso do nascimento de 735g a 1910g, sendo a via de nascimento predominante parto cesáreo e o tempo de internação foi de 10 a 77 dias.

Após a análise de conteúdo identificou-se os temas: preocupações com a proximidade da alta e preocupação dos pais com o cuidado do recém-nascido prematuro.

Preocupações com a proximidade da alta

À medida que se aproxima o momento da alta, os pais mostram-se preocupados com o risco do filho contrair infecção no hospital e em casa; com seu desenvolvimento e crescimento; com o futuro de seu filho prematuro e a nova responsabilidade que irão assumir.

A infecção hospitalar e domiciliar

A análise revelou que a proximidade da alta é permeada de sentimentos contraditórios, os pais afirmam sentir confiança na equipe de saúde que cuidou do RNPT no processo de internação, os pais mostram-se preocupados com o risco de o filho contrair infecção no hospital e em casa.

Ao serem informados que seus bebês já encontram com previsão de alta, passam a desejar que esta seja o mais breve possível, porque acreditam que seus filhos correm risco de pegar infecção dentro do hospital.

“(...) Porque por mais que a gente tenha muita confiança nos profissionais daqui..., mas eu fico insegura, pode vir a acontecer uma infecção...” Ana

“(...) No hospital a gente também corre muitos riscos, por ela ser pequena eu tenho medo dela pegar infecção...” Marta

Neste estudo, constatou-se também que os pais ficam apreensivos e preocupam-se com a infecção no domicílio, e que embora a alta seja um momento de festa, os cuidados devem ser redobrados, com a higiene da casa e com as visitas para que essas não peguem o bebê no colo e antes de o fazer, devem higienizar as mãos para que não ocorra uma infecção.

“... A preocupação da casa estar limpa, a questão do pó, de evitar que a Rebeca receba muita visita. Nesta primeira instância, vai ser muito grande a festa... evitar que tenha contato com as pessoas, cuidado de estar lavando as mãos, pelo fato dela ser prematura para evitar

que pegue qualquer tipo de infecção...” Ana

“Por ele ser prematuro corre mais risco de pegar doença ... agora todo mundo vai querer ver, acho que vou ser uma mãe chata, porque não vou deixar todo mundo ficar pegando.” Abigail

Preocupação quanto ao crescimento, desenvolvimento e ao futuro do RNPT

Os pais verbalizam a preocupação quanto ao crescimento e desenvolvimento de seus filhos, querem saber as diferenças de um bebê prematuro e se será uma criança saudável e normal. Esperam dos profissionais de saúde uma orientação sobre como ocorre esse processo do desenvolvimento no RNPT e se continuará a ganhar peso em casa após a alta.

“Gostaria de perguntar a diferença, no caso do tamanho, o quilo, porque ... ele fez um mês e está com o peso de uma criança que está na barriga. Como vai ser o desenvolvimento dele? ... quando ele tiver com um ano vai parecer que ele já tem um ano? Vai desenvolver mais rápido ou menos, quero saber esse processo[...] será que vai ser uma criança saudável, uma criança normal? O desenvolvimento dele vai ser normal?” José

“O desenvolvimento do prematuro é um pouquinho mais devagar, então seria mais isso a minha preocupação[...] Com quanto tempo, vamos supor, que ela vai levantar a cabecinha? Eu fico pensando nisso, fico pensando...” Raquel

“Veio esta preocupação a questão do peso né, com a queda de peso, será que em casa ele vai ganhar?” Ana

Preocupação paterna em manter a família e dar apoio.

Os pais verbalizam sua preocupação com a mãe e se esforçam para manter, organizar, e conduzir a família nesta nova fase. Com a proximidade da alta planejam os próximos passos, se preocupam com as necessidades maternas e verbalizam como será a nova rotina da família, para dar suporte a mãe, com a chegada do bebê.

“... Vou fazer o possível e o impossível para poder dar o melhor para as duas...” Pedro

“Eu já falei hoje para o pessoal lá em casa, a mãe tem que descansar ... como eu trabalho fora... então enquanto a mãe estiver dormindo, de vez em quando um vai dar uma olhada na Gezebel, para ver como ela está...” Lucas

O bebê como nova responsabilidade dos pais

A alta na vida dos pais representa uma mudança na vida, onde verbalizam a necessidade de ter mais responsabilidade, maturidade e dedicação ao novo membro da família. A chegada do filho em casa amplia as demandas e requer uma conciliação entre os cuidados da casa, do marido e do bebê.

“[...] mudou para mim no caso a responsabilidade, como é o primeiro filho e assim meu modo de visão mudou completamente. Agora minha dedicação é total ao neném... É, representa maturidade em certo ponto, maturidade, responsabilidade, é vontade de crescer, ter um objetivo de vida.” José

“Ah! Sim responsabilidade, mais ainda em relação a ele, mais ainda.” Matheus

“Eu acho que agora, tipo assim... minha responsabilidade vai ter que aumentar[...]ter que cuidar dar atenção, cuidar da casa, do marido[...]Ter que tentar conciliar tudo isso sabe.” Sara

Preocupação com o cuidado do recém-nascido prematuro.

No momento da alta, os pais preocupam-se em não se sentirem aptos para cuidar de seu bebê prematuro em casa. Sentem receio e dificuldade para assumir o cuidado com ele e verbalizam a necessidade de serem orientados para o cuidado no lar. Tornou-se, então, evidente para eles, que o cuidado de um recém-nascido a termo é diferente de um bebê que nasce prematuro, e mesmo sendo orientados pela equipe que assistia o seu filho ainda apresentam receios.

“(...) Ah! A gente, assim de última hora, como é que vai cuidar? Porque uma criança quando nasce normal, é uma coisa de quando nasce prematuro. ... eu creio que é mais preocupação, como é como não é, tem que ensinar para minha mulher eu vou ficar gratificado, porque vai ser mais difícil cuidar dela (da bebê) do que dos outros.” Lucas

“Ah! A única coisa que estou para perguntar são os cuidados...as dicas, porque ele é pequenininho e os outros nasceram bem grande...” Nicodemos

“Só que aí vem a preocupação com o cuidado dele, mesmo sendo orientado, a gente fica com receio” Matheus

Preocupação em cuidar devido a aparência e o tamanho do RNPT

O tamanho e as características do RNPT despertam nos pais a preocupação com o cuidar pois acreditam que seu filho demanda diferenças no cuidar por considerarem que esse bebê é mais frágil.

“(...) nos primeiros dias, eu achava que ia ser difícil, cuidar dela em casa por ser muito pequenininha. Tudo diferente... o tamanho, o jeito de cuidar entendeu, quer dizer, ela está velhinha, mas é pequenininha ainda. Muito pequenininha” Maria

“... eu fico preocupada com a questão do pelo ela é muito peludinha” Ana

“ Pegar nos braços assim, parece que vai quebrar... porque dá a impressão de que são frágeis, se você apertar, dá uma impressão que está quebrando que está machucando.” Esther

Preocupação com complicações respiratórias

A notícia da alta preocupa os pais que consideram seu filho prematuro frágil e acreditam que ele corre riscos de adoecer constantemente devido a hospitalização do bebê com episódios de dificuldade respiratória e, uso de monitores de oximetria. A preocupação de perder o filho é forte para algumas delas quando verbalizam o medo de dormir e seu filho parar de respirar em casa.

“se eu pudesse eu comprava um aparelhinho daquele, um oxímetro, para levar para casa..., mas não vai adiantar, para quem não sabe nada ...” Maria

“(...) Meu primeiro medo é eu estar dormindo e acontecer alguma coisa e eu não ver ... me preocupa porque eu acho que essa noite eu não durmo ... Ah! eu tenho medo porque eu já ouvi história de criança que morreu sufocada...” Madalena

“pensar que ela está dormindo assim e perder a respiração...” Esther

Preocupação em amamentar

Com a proximidade da alta as mães, preocupam-se em estar aptas para amamentar seu bebê em casa. como mostram as falas a seguir:

“Ah! Agora eu já estou mais preocupada em dar mamá, porque o peito está saindo pouco leite, então eu já estou meio preocupada com isso. Quero até que eles

me orientem. Que se eu não tiver leite, como é que eu vou fazer? A única preocupação minha por enquanto é essa[...]eu consigo tirar no máximo 60 ml, depois a noite eu consigo tirar mais outro pouco; mais que isso não consigo.” Betânia

“agora ela já está até pegando o peito, eu estou me sentindo um pouco mais segura do que ficar ordenhando” Raquel

“Tudo bem, meu incentivo é o seio...ela pega bastante, só tem um problema porque aqui ela está acostumada na mamadeira” Maria

Preocupação e medo com a aspiração do leite e o refluxo gastroesofágico

Durante a hospitalização algumas mães presenciam seus bebês prematuros, apresentarem engasgos ou até apneia, por esse motivo, preocupam-se com a aspiração e o refluxo que possam vir apresentar em casa como verbalizado a seguir.

“[...] É do que eu mais tenho medo, que ela aspire em casa por ser muito pequena, eu tenho medo de que ela mame, assim...eu tiro a mamadeira da boca dela com quatro sugadas.” Marta

“Eu vi um bebê quando aspirou lá... (na UTI) Eles lá, aspirando tirando com aquele negócio...(sonda) Aí eu fico com medo dela aspirar em casa, de eu ficar apavorada e não saber o que fazer.” Marta

“Porque eu tenho medo dela engasgar-se, tenho medo, minha preocupação é essa... porque ele tinha aquilo que voltava a mamadeira (refluxo)...” Betânia

4 DISCUSSÃO

As entrevistas com os pais dos RNPT internados na UTIN do estudo possibilitaram entender as preocupações apresentadas pelos pais com a proximidade da alta e em relação aos cuidados que terão em casa com seus bebês prematuros.

Nos achados, os pais têm noção dos riscos de contraírem infecção a que seus filhos estão expostos estando dentro de uma UTIN relacionados aos procedimentos invasivos e do tempo prolongado de internação e a notícia da alta representa um alívio. Neste estudo, destacou-se que com a proximidade da alta, a preocupação com a infecção hospitalar deixa de ser preponderante e passa para o âmbito doméstico. Estudos mostram que o RN, sobretudo o pré-termo, é mais suscetível à aquisição de infecção, quando comparado a crianças maiores ou adultos ^{11,12}. A suscetibilidade maior às infecções decorre, em combinação com as intervenções médicas necessárias

para manter o recém-nascido vivo e pode levar a um risco aumentado de infecção, dentre outros fatores, como a imaturidade estrutural da pele e do sistema imunológico ¹¹. Mesmo depois de atingir a estabilidade e adaptar-se ao ambiente, os bebês prematuros têm prognósticos adversos em relação a infecções, justificando-se assim as preocupações parentais ¹².

Em um estudo realizado no interior paulista, os pais também trouxeram a preocupação com a infecção no domicílio e a necessidade de ações de prevenção e restrição do contato do RNPT com outras pessoas além dos pais ¹³. Entretanto torna-se importante salientar que a infecção hospitalar difere da domiciliar por possuir flora distinta, sendo a hospitalar colonizada por agentes mais agressivos e resistentes, necessitando muitas vezes de uma intervenção com antibióticos de última geração. Já a flora domiciliar, pode ser controlada reforçando hábitos de higiene em relação à casa e aos cuidados com o RN.

Para os pais, saber se o filho prematuro irá crescer e se desenvolver ou terá uma vida futura “normal” também é uma preocupação que os acompanha desde a gestação. A expectativa de um bebê saudável é de toda a família, e quando a gestação é interrompida pelo nascimento prematuro os pais sofrem um impacto e tentam se adaptar a esta nova situação. Constatamos que tais preocupações, são pertinentes a partir do momento que um RNPT, que passou longo período de internação, apresenta características e complicações tão peculiares, em relação ao seu crescimento e desenvolvimento, comparado ao RN a termo. Estudos evidenciam que famílias expressaram repetidamente a preocupação com seu filho prematuro como ser “mais frágil” em comparação ao bebê a termo saudável e que essa comparação pode afetar a forma como os pais veem seus sentimentos de prontidão para a alta e capacidade de cuidar de uma criança com necessidades médicas avançadas ^{7,12,14,15}. Uma atenção especial deve ser dada a essas famílias para otimizar a comunicação com os profissionais de saúde e a prontidão para alta hospitalar.

A criança nascida prematura apresenta uma variedade de problemas de neurodesenvolvimento psicomotor, especialmente, a desorganização de comportamento, falta de atenção, dificuldades nas áreas de linguagem, aprendizagem, integração visomotora, problemas sensoriais e perceptivos, podendo manifestar-se na primeira infância ou por ocasião do ingresso escolar ^{16,17}. Essas crianças necessitam de um maior número de avaliação de saúde, e a alta hospitalar, não significa a resolução dos problemas dessa população. Em nossa experiência sabemos que o RNPT que passou por uma UTIN, impõe a necessidade de um seguimento ambulatorial especializado que visa à detecção e intervenção precoce com atenção especial no acompanhamento do crescimento, nutrição, funções visuais, auditivas, neuromotoras, cognitivas, imunização e no cuidado domiciliar após a alta.

No momento da alta o pai preocupa-se em manter a família e dar apoio à mãe, os pais apoiam-se nesses papéis e procuram dar o melhor de si, acreditando que a mulher e o filho necessitam de ajuda, e, portanto,

devem cuidar da família promovendo sua organização, orientando os filhos a auxiliarem a mãe apoiados numa estrutura familiar de divisão de tarefas, participação e reciprocidade. Estudos reafirmam o pai em sua função de mantenedor, provedor e suporte, o lado forte da família, ainda que em nossa sociedade, a mulher tenha diversificado seu papel como mãe e provedora

13,19,20

Nas questões que envolvem o comportamento materno ou paterno, estudos apontam que as ações e reações destes^{6,8,18,19}, é o resultado de uma combinação complexa de seus próprios cabedais genéticos, a forma pela qual a criança reage aos pais; uma longa história das relações interpessoais com suas próprias famílias e entre si; experiências passadas com essa ou com gestações anteriores; valores culturais e a maneira como cada um foi criado pelos próprios pais⁶. É comum o pai ser excluído do cuidado de seu filho, onde não é dada a oportunidade dele se interessar e sentir o seu bebê⁸, mas à medida que são dados ao pai oportunidade e incentivo em participar do cuidado¹⁸, eles os desenvolvem e fortalecem seus vínculos afetivos com seu filho, que respondem diferentemente aos padrões paterno e materno¹⁹. Como profissionais é preciso reconhecermos qual o real papel do pai no processo do nascimento e internação do bebê, para que possamos auxiliar no processo da alta do RNPT.

Para os pais a alta representa um marco simbólico, o início de uma nova fase de suas vidas, em que, serão responsáveis por uma criança com características diferentes. Receber o filho em casa, significa precisar dar um futuro seguro, trabalhar mais, dedicar-se mais à família e ter metas a serem alcançadas na vida. Em consonância com outros estudos, constatou-se que cuidar de um recém-nascido que ficou durante tanto tempo internado na UTIN, gera temor, e os pais acreditam que não serão capazes de atender as demandas de seu filho, mesmo tendo participado do seu cuidado durante a internação. No momento da alta manifestam temores e inquietações em relação ao cuidado, e verbalizam a necessidade de suporte em casa como tinham na UTIN por parte dos profissionais que assistiam seu bebê^{3,9,14,15,17}.

Estudos semelhantes realizados com pais na transição da alta para casa^{12,14,15,17}, constataram que os principais problemas apresentados pelos pais são relacionados ao ganho de peso, por ser um fator crucial para a alta hospitalar do prematuro. Para as mães, garantir que os bebês estejam alimentando-se bem (especialmente se amamentados) e mantendo sua temperatura corporal, é um fator para o pós-alta.

Assim como evidenciaram que o espaço físico da UTIN, representa segurança para os pais e os profissionais dessa unidade são considerados por eles, competentes e hábeis para os cuidados do recém-nascido¹⁹⁻²¹. Quando os pais passam a cuidar de seu filho apresentam preocupação, inquietação, o que lhes proporciona sentido de responsabilidade¹⁷. Os medos para cuidar advêm do peso da responsabilidade e do compromisso frente ao desconhecido.

Dentro deste contexto, observamos, que os pais dos prematuros têm maior dificuldade para cuidarem e se adaptarem a imagem do bebê real ao idealizado, pois possuem como padrão de comparação crianças nascidas a termo, coradas e robustas, o que torna frustrante a experiência de precisarem adequar sua imagem mental, a de uma criança, emagrecida, frágil e pequena.

Este estudo nos mostrou que, não só o aspecto do cuidado preocupa os pais, mas também, o medo da criança ter complicações respiratórias em casa. Esta insegurança é tão grande que, em alguns casos, irá interferir nos hábitos e rotinas dos membros da família, como o medo de dormir, e a necessidade de terem os monitores utilizados na UTIN para detectar alterações clínicas do filho no domicílio. Alguns autores relacionam o medo e a necessidade de vigilância contínua dos pais, também ao trauma da possibilidade de perder o bebê, que costuma rondar toda a internação^{3,7,15}.

Na transição para a alta, os pais precisam de orientações claras e seguras e cabe a equipe de assistência estar atenta a estas preocupações, instrumentalizando-os, para poderem intervir, diante das intercorrências e complicações que possam ter no domicílio. Os pais de crianças gravemente prematuras, também constituem uma população de risco por apresentarem sentimento de insegurança, ansiedade e dificuldades para cuidar e alimentar os filhos, necessitando de apoio durante a internação e após a alta hospitalar²⁰⁻²².

Neste estudo a amamentação apareceu como uma das preocupações, porque saber alimentar o filho, é um cuidado inerente à mulher, que será considerada uma boa mãe sobretudo se conseguir alimentar seu filho ao seio, atendendo sua dependência e as suas necessidades iniciais, sendo capaz de satisfazê-las tão bem que o bebê comece a necessitar exatamente do que a mãe lhe oferece²².

No início, as mães enfrentam muitas dificuldades em amamentar o RNPT, especialmente por suas condições fisiológicas que retardam o início da sucção direta ao seio materno, e que podem influenciar na diminuição de sua produção láctea. Em outros estudos com mães de RNPT, o aleitamento materno foi considerado muito importante, pois previne infecções, doenças, imuniza e proporciona um crescimento saudável para os RN prematuros, além de possibilitar a troca de afetos e sentimentos. E embora elas tenham sido orientadas em relação a amamentação durante a internação e consigam amamentar, ainda não se sentem seguras quanto à produção suficiente de leite no momento da alta²³.

Evidências científicas indicam que para que a mãe tenha sucesso na manutenção da lactação, durante a hospitalização de seu bebê^{20,22,23}, é necessário que esta sinta-se segura e tenha orientações e apoio tanto de sua família quanto dos profissionais de saúde. Esses devem se organizar para fornecerem informações e orientações sobre amamentação, bem como dispor de um sistema de acompanhamento no cuidado domiciliar após a alta hospitalar materna²³.

Preocupadas em cuidar e alimentar seus bebês, as mães também manifestam o medo do filho de aspirar o leite, preocupação pertinente, visto que, o RNPT também apresenta incoordenação da sucção devido a imaturidade, o que favorece a aspiração de leite. Consonante ao encontrado em outros estudos o medo de que o bebê se engasgue.

Para se avaliar o reflexo de sucção e deglutição, é necessário observar o número de deglutições por segundo. O neonato com bom reflexo, deglute aproximadamente uma vez por segundo. Se este movimento for realizado, por mais que duas vezes por segundo, significa que ainda não é capaz de coordenar a deglutição, e a inabilidade desta ação pode ocasionar engasgos, vômitos e aspiração de leite para as vias aéreas, que contraindicam a alta^{20,22,23}.

Com a alta, os pais manifestam a satisfação de inserir definitivamente o filho prematuro no contexto familiar já com um papel definido, como irmão mais novo, filho, neto ou bisneto. Podemos perceber, que a experiência da alta hospitalar do RNPT é vivenciada pelos pais e familiares de forma muito intensa e positiva, pois ter este bebê em casa, significa que ele nasceu para o mundo, para sociedade, sendo recebido como um ser vitorioso. Os irmãos aguardam ansiosos, a casa é arrumada e decorada, sendo criado um espaço para recebê-lo. É um momento único onde os pais necessitam de apoio emocional, atenção e respeito da equipe, para que este novo membro seja bem acolhido e aceito no seio familiar²⁴⁻²⁶.

Para os pais a notícia da alta da UTIN significa um alívio e recuperação. É a prova, a confirmação de que a criança superou a fase crítica e que agora o caminhar tornar-se-á mais ameno, embora a sensação de medo da perda ou das recaídas possa em determinados momentos prevalecer. Nesta nova caminhada, os pais terão que adquirir forças para enfrentar esses medos, e serão confortados, se tiverem o apoio da equipe de saúde nesse momento tão delicado.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A identificação das preocupações manifestadas pelos pais durante o processo da alta do RNPT, possibilitou conhecer várias sugestões que as próprias famílias propuseram para melhorar o acompanhamento após a alta da UTIN e mostrou a importância de reforçarmos os conhecimentos no preparo dos profissionais que atuam nesta unidade para detectar e agir de forma consistente no preparo dos pais para este momento.

O planejamento da alta do RNPT, internado na UTIN para o cuidado domiciliar foi previamente identificado como um fator extremamente importante para o sucesso da assistência neonatal e da experiência parental bem-sucedida. Integrar uma abordagem centrada na família, com informação compartilhada, diálogos centrados em pessoas de apoio focadas nas necessidades individuais dos pais, é uma maneira de apoiar os pais

minimizando as preocupações deste momento.

Programas de transição para casa com modelos de cuidados centrados no RNPT e família, proporcionam aos pais: acolhimento na UTIN, liberação de visitas durante todo o dia com a participação desses pais no cuidado do filho para favorecer o contato pele a pele bem como, preparar os demais membros da família inserindo sua presença nas visitas diárias dos irmãos e avós minimizam as preocupações dos pais com a alta hospitalar. É importante salientar que a implementação de um grupo de apoio e discussão que proporcione um espaço com suporte dos profissionais que atuam na UTIN onde os pais possam verbalizar seus sentimentos e inquietações, assim como o atendimento psicológico individualizado, constitui uma rede de sustentabilidade que auxiliam os pais no cotidiano do cuidado domiciliar do RNPT.

A concretização destas ações depende de um intenso trabalho e entendimento entre equipes multiprofissionais que atuam no restabelecimento da saúde do prematuro. O enfermeiro possui um importante papel na interface entre as equipes no estabelecimento do vínculo RN-mãe-pai favorecendo na interação desta tríade no âmbito familiar. A minimização das preocupações apresentadas pelos pais, inicia-se no momento da internação do RN, onde as ações poderão favorecer a alta do RNPT e as suas relações futuras de vínculo afetivo e de pertencimento nessa família.

A alta do RNPT é uma situação que merece foco contínuo das equipes de assistência neonatal especialmente da equipe de enfermagem tendo em vista a sua especificidade nos cuidados ao recém-nascido, sua permanência constante e sua proximidade com os pais no cotidiano da unidade de internação o que pressupõe um investimento constante na criação de novos protocolos que aprimorem a assistência em todas as instâncias, especialmente neste momento decisivo.

DECLARAÇÃO

Este capítulo foi extraído da dissertação de mestrado “Preocupações dos pais de recém-nascidos prematuros com a proximidade da alta da Unidade de Terapia intensiva Neonatal (Dissertação) São Paulo (SP): Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo UNIFESP- São Paulo (SP)- Brasil.

REFERÊNCIAS

1. Harrison MS, Goldenberg RL. Global burden of prematurity. Semin Fetal Neonatal Med. 2016 ;21(2):74–9.
2. Carvalho NAR, Santos JDM, Sales IMM, Araújo AAC, Sousa AS, Morais FF, Rocha SS. A transição do cuidado do recém-nascido prematuro: da maternidade para o domicílio. Acta Paul Enferm. 2021;34: eAPE02503.

3. M. Boykova Life After Discharge: What Parents of Preterm Infants Say About Their Transition to Home. *Newborn & Infant Nursing Reviews* 2016; 16: 58–65.
4. Baltazar DV, Gomes RFS, Segal VL. Construção de vínculo e possibilidade de luto em Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal. *Rev. SBPH [Internet]*. 2014 Jun [citado 2021 Jul 21]; 17(1): 88-98. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582014000100006&lng=pt.
5. Mousavi SS, Keramat A, Mohagheghi P, Mousavi SA, Motaghi Z, Khosravi A, et al. The need for support and not distress evoking: a meta-synthesis of experiences of iranian parents with premature infants. *Iran J Psychiatry Behav Sci*. 2017;11(4): e5916.
6. Medina IF, Molina JG, Sola CF, Padilla JMH, Ávila MC, Rodríguez MDML. Bonding in neonatal intensive care units: Experiences of extremely preterm infants' mothers. *Women and Birth* 31 .2018; 325–330.
7. Silva FVR, Gomes TO, Marta CB, Araújo MC, Braga ES. Preparo dos pais de recém-nascido pré-termo para alta hospitalar: proposta de um protocolo. *Rev Fun Care Online*. 2020 jan/dez; 12:386-392. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.rpcf.v12.8264>
8. Barbosa VL. O vínculo afetivo na UTI neonatal: uma questão de reciprocidade da tríade mãe-prematureo-equipe de enfermagem [tese]. São Paulo (SP): Escola Paulista de Medicina;1999.
9. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14ª ed. São Paulo: Hucitec; 2014.
10. Polit DF, Hungler BP. Pesquisa em análise qualitativa. In: Polit DF, Hungler BP, Fundamentos de pesquisa em enfermagem. 5ªed Porto Alegre: Artmed; 2014 p.19-41.
11. Steiner L, Diesner SC, Voithl P. Risk of infection in the first year of life in preterm children: An Austrian observational study. *PLoS ONE*. 2019; 14(12): e0224766. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0224766>
12. Gomes, Marcilene Pimentel et al. Mothers' knowledge of premature newborn care and application of Kangaroo Mother Care at home. *Revista Brasileira de Enfermagem [online]*. 2021, v. 74, n. 6 [Acessado 14 julho 2021], e20200717. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0717>>. Epub 14 Jun 2021. ISSN 1984-0446. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0717>.
13. Marski BSL, Custodio N, Abreu FCP, Melo DF, Wernet M. Alta hospitalar do recém-nascido prematuro: experiência do pai. *Rev Bras Enferm*. 2016 abr;69(2):221-8. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690203i> PMID:27280556.»
14. Silva CG, Fujinaga CI, Brek EF, Valenga F. Cuidados com o recém-nascido prematuro após a alta hospitalar: investigação das demandas familiares. *Saud Pesq*, v. 14, n. 2, e9035, 2021 -e-ISSN 2176-9206

15. Braga PP, Sena RR. Devir cuidadora de prematuro e os dispositivos constituintes da continuidade da atenção pós-alta. *Texto & Contexto - Enfermagem* [online]. 2017, v. 26, n. 3 [Acessado 14 julho 2021], e3070016. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0104-07072017003070016>>. Epub 17 Ago 2017. ISSN 1980-265X. <https://doi.org/10.1590/0104-07072017003070016>.
16. Granero-Molina J, Medina IMF, Fernández-Sola C, Hernández-Padilla JM, Lasserrotte MMJ, Rodríguez MML. Experiences of mothers of extremely preterm infants after hospital discharge. *J Ped Nurs*. 2019; 45:2-8. doi: 10.1016/j.pedn.2018.12.003 » <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2018.12.003>
17. Voller SMB. Follow-up care for high-risk preterm infants. *Pediatr Ann*. 2018;47(4):142-6. doi: 10.3928/19382359-20180325-03 » <https://doi.org/10.3928/19382359-20180325-03>
18. Mathioli C, Ferrari RAP, Parada CMGL, Zani AV. Cuidado paterno ao filho prematuro no domicílio Escola Anna Nery 25(3)2021; 25(3): e20200298
19. Soares NC, Bernardino MPL, Zania AV, Insertion of the father in the care of the hospitalized preterm infant: perception of the multiprofessional team. *Rev Paul Pediatr*. 2019;37(3):283-290. <https://doi.org/10.1590/1984-0462/2019;37;3;00014>
20. Palmér L, Ericson J. A qualitative study on the breastfeeding experience of mothers of preterm infants in the first 12 months after birth. *Int Breastfeed J*. 2019;1://4:35. <https://doi.org/10.1186/s13006-019-0229-6>
21. Veronez M, Borghesan NAB, Correa DAM, Higarashi IH. Experience of mothers of premature babies from birth to discharge: notes of field journals. *Rev Gaúcha Enferm*. 2017;38(2): e60911. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2017.02.60911>
22. Ciaciare BC, Migoto MT, Balaminit T, Tacla MTGM, Souza SNDH, Rossetto EG. A manutenção do aleitamento materno de prematuros de muito baixo peso: experiências das mães. *Rev. Eletr. Enf. [Internet]*. 2015 [acesso em: 06 nov. 2018];17(3). Disponível em: <https://doi.org/10.5216/ree.v17i3.27548>.
23. Pagliaro CL, Buhler KEB, Ibidi SM, Limongi SCO. Dificuldades de transição alimentar em crianças prematuras: revisão crítica de literatura. *J Ped*. 2016 janfev;92(1):7-14.
24. Balbino FS, Yamanaka CI, Balieiro MMFG, Mandetta MA. Grupo de apoio aos pais como uma experiência transformadora para a família em unidade neonatal. *Esc Anna Nery* 2015;19(2):297-302.
25. Vargas dos Reis Silva F, de Oliveira Gomes T, Bertolossi Marta C, Campos Araujo M, dos Santos Braga E. Preparation of parents of preterm newborn for hospital discharge: proposal for a protocol / Preparo dos pais de recém-nascido pré-termo para alta hospitalar: proposta de um protocolo. *R. pesq. cuid. fundam. online [Internet]*. 1º de maio de 2021 [citado 13º de julho de 2021]; 12:386-92. Disponível em: <http://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/8264>

26.Cecagno D, Fröhlinch CVC, Cecagno S, WeyKamp JM, Biana CB, Soares MC. A vivência em uma unidade de terapia intensiva neonatal: um olhar expresso pelas mães. Rev Fun Care Online. 2020 jan/dez; 12:566-572. DOI: <http://dx.doi.org/0.9789/2175-5361.rpcofo.v12.8827>.

DISCHARGE OF PREMATURE FROM THE NEONATAL INTENSIVE CARE UNIT: PARENTAL CONCERNS: PART II

ABSTRACT - Objective: To identify and describe the main concerns presented by parents when the discharge of premature newborns is approaching. Method: Exploratory descriptive study with a qualitative approach. Data collection was carried out through semi-structured interviews with parents and consultation of the newborn's medical record. Results: Two themes emerged from the results: Concern about the proximity of discharge where parents are concerned about the infection in the hospital and at home; with the child's growth and development; with your future for being premature; with the new responsibilities they will assume as parents. And concern with the care of the baby at home, such as breastfeeding and respiratory complications that he may present at home. Final Considerations: In view of the results, it was found that there is a need to implement nursing actions with the objective of welcoming and favoring the participation of parents in the care of their child during hospitalization, enabling them to be discharged from the hospital and minimizing, in this way, the concerns presented right now. This study was divided into two parts, the first of which presents introductory and methodological aspects. The second part presents the results obtained, discussions and conclusions.

KEYWORDS: Premature newborn, Neonatal Intensive Care Unit, neonatal nursing.

ÍNDICE REMISSIVO

A

Administração 26
Aedes Aegypti 1
Aeroespacial 1
Agente 10, 11, 39, 40, 60, 97
Agropecuárias 1
Agropecuárias 1
Alfaepoetina 1
Ambiental 1
Ambiente 10, 11, 12, 15, 16, 17, 18, 28, 60, 72, 78, 84, 85, 97
Ambiente de trabalho 10, 11, 15, 16, 18
Amostras 39
Amostras fecais 1
Amputação 1
Análise 10, 12, 20, 35, 36, 37, 42, 48, 49, 50, 54, 55, 56, 62, 63, 71, 75, 76, 80, 87, 92, 102
Anemia 1
Anemia 1
Anemia Hemolítica 1
Animais 1
Antigênico 1
Artigos 3, 10, 12, 47, 49, 50, 51, 52, 56, 59, 62, 62, 63, 64
Assistência 11, 12, 13, 14, 15, 16, 27, 34, 59, 60, 61, 64, 66, 68, 72, 73, 84, 85, 86, 99, 100, 101
Assistência à Saúde 1
Assistência Farmacêutica 1
Assistência Farmacêutica 1
Atenção primária 56, 84
Ativa 52, 60, 76, 78
Autofinanciamento 1

Autonomia 23, 28, 31, 32, 42

B

Baciloscopia 1
Bacteriana 1
Bacterianas 1
Baixada Santista 1
banco de dados 1
Bases de dados 49, 62
Biossegurança 1
Bovinos 1
Bovinos 1
Brasil 4, 38, 42, 46, 47
Brasileiras 1
Busca 11, 13, 23, 47, 48, 49, 50, 62, 65, 66, 72, 84, 86

C

Cenário 13, 23, 48, 59, 60, 61, 73
Científicos 60, 49, 59, 60, 62
Circulação 1
Clima Organizacional 1
Clima organizacional 1
Clínica 28, 33, 35, 39, 40, 42, 81, 85, 86, 99
Clínico 26, 33, 40, 41
Clonal 1
Codificador 1
Coleta de dados 23, 24, 32, 33, 62, 73, 74, 83, 86, 91
Coletados 24, 33, 54, 59, 62
Combate 72
Comunicação 53, 65, 85, 85, 97
Conclusão 42, 47, 56, 59, 66, 71
Contágio 54
Controle 15, 16, 39, 42, 60

Controle 15, 16, 39, 42, 60

Controle 15, 16, 39, 42, 60

Cor 11, 13, 15, 27, 28, 34, 37, 37, 39, 40, 41, 43, 48, 49, 56, 60, 72, 76, 77, 78, 79, 84, 89, 92, 93, 95, 98, 99, 103

Crítérios 3, 34, 39, 47, 49, 59, 62, 63, 73, 86

Cultura 48, 59, 81, 85, 98, 105

D

Dados 3, 5, 20, 23, 24, 29, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 39, 40, 47, 48, 49, 50, 52, 53, 54, 59, 62, 63, 71, 73, 74, 75, 83, 86, 91, 98

Descritiva 48, 86

Diagnóstico 33, 34, 35, 39, 40, 50, 51, 52, 53, 55, 56, 57, 73, 85

Diagnóstico 33, 34, 35, 39, 40, 50, 50, 51, 52, 53, 55, 56, 57, 73, 85

Diarreia 1

Diarreicos 1

Dignidade humana 1

Discursos 55, 64, 86

Discussão 26, 38, 52, 53, 55, 65, 78, 96, 101

Discussões 14, 18, 52, 60, 83, 91

Dispensação 1

Disseminação 1

Diversidade genética 1

Doença 12, 14, 18, 22, 23, 24, 27, 28, 31, 32, 33, 38, 39, 40, 41, 42, 47, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 60, 65, 72, 93, 99

Doença Arterial Periférica 1

Doenças 12, 14, 18, 22, 23, 24, 27, 28, 33, 39, 40, 54, 55, 56, 99

Doses 1

E

Econômico 14

Educação 10, 11, 19, 38, 48, 52, 53, 56, 61, 68, 81

Emergência Médica 1

Enfermagem 4, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 23, 28, 29, 32, 33, 42, 46, 47, 49, 50, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 65, 66, 67, 68, 69, 71, 72, 73, 79, 80, 81, 82, 83, 85, 86, 87, 88, 91, 101, 102, 103

Enfermagem 4, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 23, 28, 29, 32, 33, 42, 46, 47, 49, 50, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 65, 66, 67, 68, 71, 72, 73, 79, 80, 81, 82, 83, 85, 86, 87, 88, 91, 101, 102, 103

Ensaio 1

Enterohemolisinas 1

Entrevistados 33, 55

Epidemiológicos 1

Eritropoetina 1

Eritropoetina 1

Escarro 1

Escarro 1

Escherichia coli 1

Escherichia coli 1

Escherichia coli 1

Espectro 1

Estratégia 18, 19, 32, 33, 40, 42, 43, 49, 50, 53, 58, 64, 66, 72

Estudo exploratório 22, 24, 83, 91

Etnoecologia 1

Exames 39

Exclusão 47, 49, 63, 73

F

Farmacêutica 1

Farmácia de Pernambuco 1
Filogrupo 1
Financeira 17
Financiamento 1

G

Gasto 1
Gastos em Saúde 1
Genes stx 1
Genético 98

H

Hemodiálise 1
Hemoglobina 1
Hospitalização 83, 84, 91, 95, 96, 99
Hospitalizações 1
Humanidade 1

I

Idade 27, 31, 32, 33, 34, 38, 39, 40, 41, 49, 51, 52, 53, 58, 92
Implantação 59, 61, 64
Inclusão 24, 34, 47, 49, 61, 62, 63, 72, 79, 86
Inexistente 1
Infecciosa 1
Infecções 47, 48, 50, 52, 57, 96, 99
Infraestrutura 1
Injeções 1
Instituições hospitalares 1
Insuficiência renal 1
Insuficiência Renal Crônica 1
Insuficiência Renal Crônica 1
Integralidade 64
Intergovernamentais 1
Intestinais 1
Intimina 1

Intramuscular 1
Investigação 71, 73, 88, 102
Investimento público 1

L

Laboratorial 1
Liberdade 79
Literatura 10, 11, 16, 33, 38, 47, 48, 57, 59, 62, 65, 89, 103, 106
Livro de Registro 1

M

Manejo 1
Manejo 1
Marcadores genéticos 1
Medicamentos 28, 40
Medicina Aeroespacial 1
Médicos 51, 56, 68
Mensagens educativas 1
Método 11, 24, 33, 47, 48, 57, 58, 59, 62, 63, 64, 71, 72, 73, 83, 86, 91
Microangiopática 1
Microrganismo 1
Microrganismos 1
Ministério da Saúde 72, 81
Ministério da Saúde 72, 81
Molecular 1
Molecular 1
Molecular 1
Mortalidade 47, 61, 84
Mortes 1
Municipal 44, 82

N

Nacional 23, 64, 72, 74, 81, 81, 106
Neuropatia 1

P

Pacientes 11, 12, 16, 17, 32, 33, 34, 38, 39, 40, 42, 43, 44, 55, 59, 60, 61, 63, 65, 66, 69, 71, 72, 73, 80, 81, 82
Panorama 23, 27
Patogênico 1
Patógenos 1
Patógenos 1
Patotipo 1
PCDT 1
Pé diabético 1
Percepção 13, 15, 18, 37, 48, 49, 58, 68, 69, 76, 78
Permanência 23, 24, 28, 101
Pernambuco 1
Pesca 1
Pescadores 1
Pesquisa 4, 10, 11, 14, 16, 20, 24, 25, 26, 29, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 41, 48, 49, 50, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 60, 61, 62, 63, 64, 71, 72, 73, 74, 80, 81, 86, 87, 102
Petrolina 1
Planos de saúde 1
Poder 78, 93, 99, 101
Polimorfismo 1
Política de saúde 1
Política de Saúde 1
Política Financeira 1
Políticas Públicas 15
Político 14
População 10, 11, 23, 26, 27, 28, 29, 33, 34, 39, 42, 48, 52, 97, 99
População de risco 99
Precoce 40, 97
Prescrição 1

Privada 1

Privado 1

Programa 24, 34, 38, 42, 53, 61, 81, 101

Programa Nacional 1

Propriedades rurais 1

Protocolos Clínicos 1

Protocolos Clínicos 1

Protocolos Clínicos 1

Psiquiátricas 1

Pública 5, 15, 18, 20, 29, 39, 42, 48, 49, 56, 59, 62, 63, 80, 81, 83

Publicações 48, 49, 56

Publicado 49, 59, 62, 63

Pulmonar 23

R

Rede externa 1

Reforma Psiquiátrica 1

Reforma psiquiátrica 1

Regiões 42

Remanescência 1

Reservatórios ambientais 1

Respiratório 1

Respiratórios 1

Resultado 3, 5, 16, 17, 24, 29, 34, 40, 41, 47, 48, 49, 51, 53, 56, 59, 62, 63, 71, 71, 72, 76, 79, 80, 83, 87, 91, 98

Resultados 3, 5, 24, 29, 34, 40, 41, 47, 48, 49, 49, 51, 53, 56, 59, 62, 63, 71, 72, 76, 79, 80, 83, 91

Resultados 3, 5, 24, 29, 34, 40, 41, 47, 48, 49, 51, 53, 56, 59, 62, 63, 71, 72, 76, 79, 80, 83, 91

Revisão 4, 5, 9, 10, 12, 17, 18, 20, 47, 48, 57, 58, 59, 62, 63, 67, 69, 89, 103

Revisão 3, 4, 5, 9, 10, 12, 17, 18, 20, 47, 48, 57, 58, 59, 62, 63, 67, 69, 89, 103

Revisão 3, 4, 5, 9, 10, 12, 17, 18, 20, 47, 48, 57, 58, 59, 62, 63, 67, 69, 89, 103

Rifampicina 1

Rio de Janeiro 1

Rio de Janeiro 1

Risco ambiental 1

Risco Psicossocial 1

Riscos à saúde 1

Rondônia 1

Ruminante 1

Rurais 1

S

Saúde 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 23, 26, 27, 27, 29, 30, 32, 33, 34, 38, 41, 42, 44, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 60, 61, 62, 67, 68, 69, 72, 73, 74, 81, 84, 85, 87, 92, 93, 97, 99, 100, 101, 102

Saúde 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 23, 26, 27, 29, 30, 32, 33, 34, 38, 41, 42, 44, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 60, 61, 62, 67, 68, 69, 72, 73, 74, 81, 83, 84, 85, 87, 92, 93, 97, 99, 100, 101, 102

Saúde do Trabalhador 12, 15

Saúde mental 1

Saúde mental 1

Saúde Mental 1

Saúde pública 48, 83

Saúde Pública 48, 83

Segurança 15, 23, 40, 55, 65, 85, 98

Seleção 59, 62

Sensibilidade 80

Sexo 17, 23, 24, 27, 32, 33, 34, 35, 38, 42, 48, 51, 52, 53, 54, 63, 73

Shiga 1

Shigatoxinas 1

Singularidade 1

Sintomático 1

Sintomático Respiratório 1

Sintomáticos 1

Sistema Único de Saúde 72

Sistemas especialistas 1

Social 12, 13, 14, 15, 26, 27, 28, 32, 34, 42, 45, 48, 50, 51, 52, 54, 64, 106

Social 12, 13, 14, 15, 15, 26, 27, 28, 32, 34, 42, 45, 48, 50, 51, 52, 54, 64, 106

STEC 1

STEC 1

SUS 54, 81, 96, 101

T

Tecnologia da Informação 1

Teste Molecular Rápido 1

Teste Rápido 1

Tomada de decisão 1

Tomada de Decisões 1

Toxina 1

Trabalhadores 11, 14, 15, 16, 18, 19, 20

Trabalho 8, 10, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 23, 27, 38, 59, 62, 63, 64, 65, 66, 77, 93, 101

Transtornos Mentais 15

Transtornos Mentais 15

Tratamento 23, 32, 33, 35, 39, 40, 41, 42, 43, 62, 71, 72, 73, 80, 85,

87, 102

Trombocitopenia 1

Tuberculose 1

Tuberculose 1

Tuberculose 1

U

Unidade Básica de Saúde 1

Unidade Básica de Saúde 1

Urgência 1

uso efetivo 1

V

Virulência 1

Virulência 1

Virulência 1

Voo 1

SOBRE O ORGANIZADOR

Alvaro Perazzo

Possui graduação em Medicina pela Universidade Federal de Pernambuco (2017). Monitor Chefe da disciplina de Cirurgia do Trauma pela Universidade Federal de Pernambuco, no Hospital da Restauração (PE) pelo período 2015-2017. Estagiário na Emergência Cirúrgica do Hospital Getúlio Vargas/PE pelo período 2015-2017. Bolsista pelo programa Ciências sem Fronteiras(CAPES) 2014/2015 - Italia, na Università di Padova. Bolsista do programa de monitoria do departamento de Medicina Clínica (Hematologia) do Hospital das Clínicas/UFPE 2013. Bolsista do Programa de Educação no Trabalho (PET-Saúde II) pelo período de 2011 a 2012. Atualmente é médico plantonista da Unidade de Recuperação Cardio-Torácica do Hospital Agamenon Magalhães, da Unidade de Terapia Intensiva Cardiológica do Hospital São Marcos, Unidade de Terapia Intensiva Coronariana do Hospital Memorial São José. Médico Residente em Cirurgia Cardiovascular no Pronto-Socorro Cardiológico de Pernambuco (PROCAPE)/Universidade de Pernambuco. Vice-Chairman da atual diretoria da Associação Brasileira dos Residentes de Cirurgia Cardiovascular/Sociedade Brasileira de Cirurgia Cardiovascular. Membro Aspirante da Sociedade Brasileira de Cirurgia Cardiovascular. Área de Atuação: Cirurgia Cardiovascular, Valvopatias, Patologia da Aorta e das Coronárias, Transplante Cardíaco, Suporte Cardiovascular Peri-Operatório, Assistência Mecânica Circulatória, ECMO, Cardiointensivismo, Doenças estruturais do Coração, TAVI e Hemodinâmica.



Pesquisa e Aplicação em Enfermagem

www.bookerfield.com



contato@bookerfield.com



[@bookerfield](https://www.instagram.com/bookerfield)



Bookerfield Editora



Pesquisa e Aplicação em Enfermagem

www.bookerfield.com



contato@bookerfield.com



[@bookerfield](https://www.instagram.com/bookerfield)



Bookerfield Editora



ISBN 978-658992925-3



9

786589

929253