

VOLUME 4

**PESQUISAS EM TEMAS
DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**

**EDNILSON SERGIO RAMALHO DE SOUZA
(EDITOR)**



VOLUME 4

**PESQUISAS EM TEMAS
PESQUISAS EM TEMAS
DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**

Ednilson Sergio Ramalho de Souza
(Editor)

Volume 4

PESQUISAS EM TEMAS DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Edição 1

Belém-PA



2020

<https://doi.org/10.46898/rfb.9786558890669>

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP).

P474

Pesquisas em temas de ciências da saúde [recurso digital] / Ednilson Sergio Ramalho de Souza (Editor). -- 1. ed. 4 vol. -- Belém: RFB Editora, 2020.

3.560 kB; PDF: il.

Bibliografia.

Modo de acesso: www.rfbeditora.com.

ISBN: 978-65-5889-066-9

DOI: 10.46898/rfb.9786558890669

1. Ciências da Saúde. 2. Pesquisa. 3. Estudo.
I. Título.

CDD 610.7



Copyright © 2020 Edição brasileira.
by RFB Editora.

Copyright © 2020 Texto.
by Os autores.



Todo o conteúdo apresentado neste livro, inclusive correção ortográfica e gramatical, é de responsabilidade exclusiva do(s) autor(es).

Obra sob o selo *Creative Commons*-Atribuição 4.0 Internacional. Esta licença permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original.

Conselho Editorial:

Prof. Dr. Ednilson Sergio Ramalho de Souza - UFOPA (Editor-Chefe).

Prof.^a Dr.^a. Roberta Modesto Braga - UFPA.

Prof. Me. Laecio Nobre de Macedo - UFMA.

Prof. Dr. Rodolfo Maduro Almeida - UFOPA.

Prof.^a Dr.^a. Ana Angelica Mathias Macedo - IFMA.

Prof. Me. Francisco Robson Alves da Silva - IFPA.

Prof.^a Dr.^a. Elizabeth Gomes Souza - UFPA.

Prof.^a Me. Neuma Teixeira dos Santos - UFRA.

Prof.^a Me. Antônia Edna Silva dos Santos - UEPA.

Prof. Dr. Carlos Erick Brito de Sousa - UFMA.

Prof. Dr. Orlando José de Almeida Filho - UFSJ.

Prof.^a Dr.^a. Isabella Macário Ferro Cavalcanti - UFPE.

Diagramação:

Danilo Wothon Pereira da Silva.

Arte da capa:

Pryscila Rosy Borges de Souza.

Imagens da capa:

www.canva.com

Revisão de texto:

Os autores.



Home Page: www.rfbeditora.com.

E-mail: adm@rfbeditora.com.

Telefone: (91)30858403/98885-7730.

CNPJ: 39.242.488/0001-07.

Barão de Igarapé Miri, sn, 66075-971, Belém-PA.



SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	11
<i>Ednilson Sérgio Ramalho de Souza</i>	

CAPÍTULO 1

A IMPORTANCIA DO ENFERMEIRO NO ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	13
--	-----------

*Suely da Silva Reis
Keily dos Santos
Marcos Antonio Silva Batista
Michelly Rodrigues de Paula
Rosane Cristina Mendes Gonçalves
DOI: 10.46898/rfb.9786558890669.1*

CAPÍTULO 2

O PAPEL DO ENFERMEIRO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA PRÉ HOSPITALAR FIXO	25
--	-----------

*Michelly Rodrigues de Paula
Keily dos Santos
Marcos Antonio Silva Batista
Rosane Cristina Mendes Gonçalves
Suely da Silva Reis
DOI: 10.46898/rfb.9786558890669.2*

CAPÍTULO 3

ATUAÇÃO DO(A) ENFERMEIRO(A) NA PREVENÇÃO DE CONTROLE DAS INFECÇÕES HOSPITALARES NO CENTRO CIRÚRGICO: REVISÃO DE LITERATURA.....	35
--	-----------

*Bruna Rodrigues Martins de Jesus
DOI: 10.46898/rfb.9786558890669.3*

CAPÍTULO 4

EXERCÍCIOS FÍSICOS E IDOSOS: CONHECIMENTO DO PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA NA PRESCRIÇÃO	49
---	-----------

*Patrick Luan Pilaty
Rafael Gemin Vidal
DOI: 10.46898/rfb.9786558890669.4*

CAPÍTULO 5

A INFLUÊNCIA DA PRÁTICA DO BOXE CHINÊS NO DESENVOLVIMENTO MOTOR DE UMA CRIANÇA AUTISTA.....	61
--	-----------

*Milena Rodrigues
Rafael Gemin Vidal
DOI: 10.46898/rfb.9786558890669.5*

CAPÍTULO 6

CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DE ÚLCERA POR PRESSÃO EM SUJEITOS ACAMADOS: UMA REVISÃO DE LITERATURA	73
--	-----------

*Aline Fernanda Martins Sousa
Bruna Rodrigues Martins de Jesus
Tatiane Carvalho
DOI: 10.46898/rfb.9786558890669.6*

CAPÍTULO 7

A IMPORTÂNCIA DA PELE DO RECÉM-NASCIDO E OS CUIDADOS NECESSÁRIOS PARA MANTER SUA INTEGRIDADE: UMA REVISÃO DA LITERATURA.....87

Laura Carolina Carvalho Fernandes de Azevedo

Eduardo Alves Camêlo

Isabella Macário Ferro Cavalcanti

DOI: 10.46898/rfb.9786558890669.7

CAPÍTULO 8

PREVENÇÃO DE HIPOTERMIA EM PACIENTES DE CIRURGIA CARDÍACA....97

Rozeli Brandão da Silva Mendes Leite

Marcelo Costa Vicente

DOI: 10.46898/rfb.9786558890669.6

CAPÍTULO 9

ATENÇÃO DE ENFERMAGEM À FAMÍLIA DO PORTADOR DE TRANSTORNO MENTAL.....107

Benedita Maryjosé Gleyk Gomes

Aline de Sousa Rocha

Roberta Meneses Sousa

Talita Sousa Batista

Fernanda Sousa Teixeira

Rayane da Costa Santos

Adriana Alves de Sousa

DOI: 10.46898/rfb.9786558890669.9

CAPÍTULO 10

DIFICULDADES EM GERIR ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS EM CENTRO CIRÚRGICO117

Marcelo Costa Vicente

Rozeli Brandão da Silva Mendes Leite

Larisse Cerqueira de Souza

Sabrina Lamas Costa

DOI: 10.46898/rfb.9786558890669.10

CAPÍTULO 11

DESAFIOS NO PREENCHIMENTO DA LISTA DE VERIFICAÇÃO DE CIRURGIA SEGURA127

Marcelo Costa Vicente

Rozeli Brandão da Silva Mendes Leite

Larisse Cerqueira de Souza

Sabrina Lamas Costa

DOI: 10.46898/rfb.9786558890669.11

CAPÍTULO 12

SÍNDROME DE BURNOUT EM ENFERMEIRO PERFUSIONISTA.....139

Marcelo Costa Vicente

Rozeli Brandão da Silva Mendes Leite

Larisse Cerqueira de Souza

Sabrina Lamas Costa

DOI: 10.46898/rfb.9786558890669.12

CAPÍTULO 13
CONHECIMENTO DOS IDOSOS SOBRE AS INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NUM MUNICÍPIO DO PARANÁ.....149

Gerson Andre Makus
Daniela Munarini Almeida
DOI: 10.46898/rfb.9786558890669.13

CAPÍTULO 14
BENEFÍCIOS DA TERAPIA MANUAL E DA ELETROTERRAPIA NO TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO DAS DISFUNÇÕES TEMPOROMANDIBULARES: UMA REVISÃO INTEGRATIVA.....165

Thayana Fernanda da Silva Oliveira
Márcio Eduardo Silva Alves
Taciana Aline Maciel Bezerra Oliveira
Ana Patrícia bastos Ferreira
Danusa Cristina Barbosa de Lima
Karla Patrícia Alves Queiroz
Maria Cristina Damascena dos Passos Souza
DOI: 10.46898/rfb.9786558890669.14

ÍNDICE REMISSIVO.....180



APRESENTAÇÃO

Leitores e leitoras,

Satisfação! Esse é o sentimento que vem ao meu ser ao escrever a apresentação deste delicioso livro. Não apenas porque se trata do volume 4 da Coleção Pesquisas em Temas de Ciências da Saúde, publicado pela RFB Editora, mas pela importância que essa área possui para a promoção da qualidade de vida das pessoas.

Segundo a Capes (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior), fazem parte dessa área: Medicina, Nutrição, Odontologia, Farmácia, Enfermagem, Saúde Coletiva, Educação Física, Fonoaudiologia, Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Tal área suscita, portanto, uma gama de possibilidades de pesquisas e de relações dialógicas que certamente podem ser relevantes para o desenvolvimento social brasileiro.

Desse modo, os artigos apresentados neste livro - em sua maioria frutos de árduos trabalhos acadêmicos (TCC, monografia, dissertação, tese) - decerto contribuem, cada um a seu modo, para o aprofundamento de discussões na área de Ciências da Saúde, pois são pesquisas germinadas, frutificadas e colhidas de temas atuais que vêm sendo debatidos nas principais universidades brasileiras e que refletem o interesse de pesquisadores no desenvolvimento social e científico que possa melhorar a qualidade de vida de homens e de mulheres.

Acredito, verdadeiramente, que a ampla divulgação do conhecimento científico de qualidade pode mudar para melhor o mundo em que vivemos!

Esse livro é parte singela da materialização dessa utopia.

Ednilson Sergio Ramalho de Souza
Editor-Chefe
RFB Editora



CAPÍTULO 1

A IMPORTANCIA DO ENFERMEIRO NO ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

NURSES THE IMPORTANCE OF THE HOST WITH RISK CLASSIFICATION

Suely da Silva Reis¹

Keily dos Santos²

Marcos Antonio Silva Batista³

Michelly Rodrigues de Paula⁴

Rosane Cristina Mendes Gonçalves⁵

DOI: 10.46898/rfb.9786558890669.1

¹ Divisão de Vigilância em Saúde de Imperatriz-MA. suely_reis_8@hotmail.com

² Secretaria Municipal de Saúde de Itaporã-TO. keilypaula@hotmail.com

³ Hospital de Doenças Tropicais da Universidade Federal do Tocantins. marcos_batist@hotmail.com

⁴ Secretaria Municipal de Saúde de Palmas-TO. michellyrdp@gmail.com

⁵ Hospital de Doenças Tropicais da Universidade Federal do Tocantins. rosanecristinamg@hotmail.com

RESUMO

O Serviço de Urgência e Emergência no país tem como característica principal o Acolhimento com Classificação de Risco servindo como ferramenta para organização do fluxo, a partir daí, a importância do papel do enfermeiro frente a esse processo torna-se essencial. O presente estudo teve como objetivo descrever o papel de enfermeiro no acolhimento com classificação de risco. Trata-se de um estudo de revisão bibliográfica com base nas referências contidas nos bancos de dados Scielo, Bireme, Lilacs, Capes, PubMed, USP e Google Acadêmico. Os achados descritos indicam que a assistência de enfermagem nos serviços de urgência e emergência é indispensável para promoção e restauração da saúde do usuário que busca o serviço, bem como, a atuação o enfermeiro frente ao acolhimento com classificação de risco, uma vez que é esse profissional quem avalia e classifica o quadro clínico de acordo com o potencial de risco do paciente.

Palavras-chaves: Acolhimento com Classificação de Risco. Assistência em Saúde. Serviço de Urgência e Emergência.

ABSTRACT

The main feature of the Urgency and Emergency Service in the country is the Reception with Risk Classification, serving as a tool for organizing the flow, since then, the importance of the nurse's role in this process becomes essential. This study aimed to describe the role of nurses in the host with risk rating. This is a bibliographic review based on references contained in databases Scielo, Bireme, Lilacs, Capes, PubMed, Google Scholar and USP. Noted that the evidence of the importance of the nurse's role in Home with Risk Rating, characterized by the first contact of a trader with the patient looking for urgent and emergency service. Our findings indicate that nursing care in emergency and urgent care services is essential to promote and restore the health of the user seeking the service, as well as the role the nurse in the reception with credit rating, since this is professional who evaluates and ranks the clinical picture according to the potential risk of the patient.

Keywords: Home with Risk Rating. Assistance in Health. Urgent and Emergency Service.

1 INTRODUÇÃO

Acredita-se que o modo de operar dos serviços de saúde tem produzido sofrimento e baixa qualidade de vida não só aos usuários, mas também aos profissionais da saúde. A reversão desse processo nos convoca ao desafio de construirmos alianças éticas com a produção da vida, em que o compromisso e respeito sejam primordiais para estabelecer a corresponsabilidade e obtenção da autonomia (FEIJÓ, 2010).

Cabe aos profissionais de saúde assumir uma postura capaz de acolher, escutar e pactuar respostas mais adequadas aos usuários com resolutividade e responsabilização da equipe bem como daqueles que buscam por um serviço de saúde de qualidade (BRASIL, 2006).

A Política Nacional de Humanização (HUMANIZA-SUS), instituída em 2004 pelo Ministério da Saúde - MS, aposta na indissociabilidade entre os modos de produzir saúde e os modos de gerir os processos de trabalho, entre atenção e gestão, e tem por objetivo provocar inovações nas práticas gerenciais e nas práticas de produção de saúde (BRASIL, 2004).

Na prática cotidiana dos serviços de saúde, o acolhimento se expressa na relação estabelecida entre os profissionais de saúde e os usuários, em atitudes como os profissionais se apresentando, chamando os usuários pelo nome, informando sobre condutas e procedimentos a serem realizados, escutando e valorizando o que é dito pelas pessoas, garantindo a privacidade e a confidencialidade (BRASIL, 2005).

A tecnologia de avaliação e classificação de risco pressupõe a determinação de agilidade no atendimento por meio de protocolos preestabelecidos, da avaliação do grau de necessidade do usuário, oferecendo atenção centrada por nível de complexidade, e não por ordem de chegada (FEIJÓ, 2010).

Apesar de recente, o Acolhimento com Classificação de Risco - ACCR é descrito como um método eficiente de organização do atendimento e uma importante ferramenta de gestão e de humanização da atenção aos usuários do SUS, pois organiza as portas de entrada de urgência e emergência (TOLEDO, 2009).

Em virtude desse contexto, o Ministério da Saúde principia o processo de desenvolvimento de políticas de saúde voltadas para melhoria do atendimento à população. Iniciam com a criação da Portaria GM/MS nº 2.048 de 2002, a qual passa a ordenar os atendimentos de urgência e emergência, realizando o acolhimento de forma qualificada e resolutiva, referenciando de forma adequada os pacientes dentro dos sistemas de saúde. Também descreve sobre a atuação e formação dos profissionais de saúde que irão atuar nos atendimentos de emergência. (BRASIL, 2006).

O enfermeiro tem um papel importante neste contexto, uma vez que o enfermeiro emergencista, assim como os profissionais que trabalham em SUE (Serviço de Urgência e Emergência) deve exercer sua atuação adotando uma postura controlada que saiba assistir o paciente/usuário de maneira qualificada, onde a formação do perfil profissional é estabelecida em adaptação nas mais diversas situações (PAI; LAUTERT, 2008).

O interesse pelo desenvolvimento do presente estudo é descrever a importância do enfermeiro no acolhimento com classificação de risco. Sabendo que o enfermeiro é o profissional que realiza a atividade de classificação de risco em âmbito nacional. É importante destacar aqui, que a classificação de risco nos serviços de urgência e emergência tem o objetivo em organizar o fluxo, bem como prestar uma assistência de qualidade ao usuário.

A relevância deste estudo consiste em buscar na literatura conhecimentos sobre a importância do papel do enfermeiro frente ao Acolhimento com Classificação de Risco nos serviços de urgência e emergência.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Acolhimento com classificação de risco

A Política Nacional de Humanização é uma diretriz criada pelo Humaniza SUS, tornando-se o eixo principal da criação do dispositivo do Acolhimento com Classificação de Risco. Valorizando a importância de um novo método de atendimento, a Portaria GM N° 2.488 de 21 de outubro de 2011, trata da importância de estabelecer a ordem das redes assistentes da saúde conforme as necessidades sejam elas individuais e/ou coletiva. Essa medida aparece com a função de organizar o fluxo dos usuários a fim de garantir o acesso aos serviços de referência, bem como as ações exercidas pela equipe multiprofissional fora do âmbito de atenção respeitando o que foi atribuído ao dispositivo do ACCR (BRASIL, 2011).

Considerando que a PNH é um conjunto de diretrizes e propostas no campo da humanização na atenção e na gestão da saúde que vislumbra a alteração dos modelos de atenção e de gestão das práticas de saúde, propondo uma nova relação entre usuários, suas redes sociais e os trabalhadores como também o estabelecimento de grupalidade e de vínculos solidários (BRASIL, 2004).

Entende-se por acolhimento uma ação diferenciada das demais adotadas pela equipe de saúde, visando assistência modificada da relação profissional/usuário e sua rede social estabelecendo uma relação associada dos parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade, onde pode-se reconhecer o usuário como sujeito e participante ativo no processo de produção da saúde (BRASIL, 2004).

Seguindo a lógica da PNH, a classificação de risco é definida como um processo que visa identificar os pacientes que necessitam de atendimento e tratamento imediato, conforme avaliação do potencial de risco, agravos à saúde, grau de sofrimento e/ou nível de dor relatada pelo paciente (SOUSA et al.; 2011).

Obedecendo a essa linhagem da temática, pode-se afirmar que há a necessidade de não limitar o conceito de acolhimento ao problema, onde se associa esse problema à recepção da demanda. O acolhimento na porta de entrada só ganha sentido se o relacionarmos como parte do processo de produção de saúde, como algo que qualifica essa relação (BRASIL, 2009).

2.1.1 A necessidade da implantação do ACCR nos serviços de saúde

Adotando a lógica proposta pelo Ministério da Saúde, faz-se a reflexão sobre a necessidade da implantação do ACCR nos serviços de saúde. A tecnologia de avaliação e classificação de risco pressupõe a determinação de agilidade no atendimento por meio de protocolos preestabelecidos, da avaliação do grau de necessidade do usuário, oferecendo atenção centrada por nível de complexidade e não na ordem de chegada (BRASIL, 2004; FEIJÓ, 2010).

Martins (2012) faz a ressalva de que embora o termo “classificação de risco” seja o mais adequado e recomendado pelo Ministério da Saúde brasileiro, segundo a ótica conceitual, a “triagem” ainda é o mais comumente utilizado pelos profissionais de saúde.

A classificação de risco é uma ferramenta que, torna-se necessária ao ser eficaz em atender a demanda de maneira organizada, obedecendo a avaliação do grau de risco do indivíduo. Pois além de organizar a fila de espera e propor outra ordem de atendimento que não a ordem de chegada, tem também outros objetivos importantes, como: garantir o atendimento imediato do usuário com grau de risco elevado; informar o paciente que não corre risco imediato, assim como a seus familiares, sobre o tempo provável de espera; promover o trabalho em equipe através da avaliação contínua do processo; dar melhores condições de trabalho para os profissionais pela discussão da ambiência e implantação do cuidado horizontalizado; aumentar a satisfação dos usuários e, principalmente, possibilitar e instigar a pactuação e a construção de redes internas e externas de atendimento (BRASIL, 2004).

O Acolhimento com Classificação de Risco agora se espalha por todo o país, não apenas organizando as portas de entrada de Urgências e Emergências, mas também induzindo organizações de serviços intra-hospitalares e formação de Redes de Atenção à Saúde, demonstrando ser potente ferramenta para humanização da atenção e da gestão na construção do SUS que queremos (FEIJÓ, 2010).

2.1.1.1 A implantação do ACCR nos serviços de urgência e emergência

A finalidade da classificação de risco é a definição da ordem do atendimento em função do potencial de gravidade ou de agravamento da queixa apresentada e elaboração de protocolos e manuais que orientem a classificação de risco, que deve ter, pelo menos, quatro níveis. (BRASIL, 2009).

Considerando que o atendimento hospitalar de emergência ou urgência deve levar em conta todas as condições momentâneas relativas ao estado geral do paciente, observa-se que os profissionais que prestam esse tipo de serviço devem estar preparados para, entre outras atribuições inerentes à sua especialização atendendo aos casos de urgência e emergência. Nesse sentido vale enfatizar a valorização da equipe em saber identificar e diferenciar o conceito de ambos os termos. Uma vez que a demanda de atenção no Pronto Socorro abrange também toda uma gama de pacientes que não encontram acolhimento em outros serviços de atenção à saúde, com queixas crônicas e sociais, que acabam procurando esse serviço, pois as omissões e ações ineficazes na atenção básica contribuem para a superlotação nos Serviços de pronto atendimento (SUE) Serviços de urgência e Emergência (NEME e GARCIA, 2005).

O Ministério da Saúde por Brasil (2009) propõe um modelo para a classificação de risco em serviços de urgência/emergência utilizando dois eixos principais que são subdivididos em áreas. O Eixo Vermelho está relacionado à clínica do paciente grave, com risco de morte, sendo composto por um agrupamento de três áreas principais: a área vermelha, a área amarela e a área verde. A área vermelha é o espaço reservado no serviço de emergência/urgência em que deve ser realizado o atendimento imediato com risco de morte na sala de procedimentos especiais invasivos. Quando esses pacientes já estão estabilizados, mas ainda requerem cuidados especiais (pacientes críticos ou semicríticos), são encaminhados para a área amarela. Passado o risco iminente, serão colocados na área verde, que são salas de observação.

A importância de que se haja a organização do sistema de urgência associa-se a identificação da exposição dos serviços de emergência, pois sofrem o maior impacto da desorganização do sistema, se tornando o alvo preferido para as críticas ao modelo nacional de assistência à saúde. Um importante motivo de crítica tem sido a superlotação dessas emergências e seu impacto negativo para os pacientes, gerando problemas de difícil gerenciamento. Em função disso, é necessário que a organização seja impactada a fim de que haja uma trilha para a satisfação e o bom atendimento dos usuários (O'DWYER; SETTA, 2009).

2.1.1.1.1 O Enfermeiro e sua atuação na assistência nos serviços de saúde.

Mundialmente, o enfermeiro é o profissional que vem realizando o AACR, apresentando desempenho adequado para esse fim. É o profissional que possui competência para realizar o raciocínio lógico a partir das queixas, dos sintomas, do quadro clínico e da situação do indivíduo que busca atendimento. É capacitado para exercer tal função, devido ao seu conhecimento clínico, habilidade para oferecer cuidado holístico e forte advocacia em favor do paciente, além do preparo para o exercício da liderança, o que o leva a ter uma visão abrangente do setor (VALENTIM e SANTOS, 2009).

No que se refere às necessidades humanas, o enfermeiro bem como sua equipe profissional deve ter sensibilidade para correlacioná-las com a realidade em que atua. Para tanto o enfermeiro deve ser estimulado a desenvolver seu pensamento crítico durante sua formação, assim, irá tornar-se apto a elaborar e aplicar adequadamente modelos e teorias às condições em que a equipe trabalha (MARIA; QUADROS; GRASSI, 2012).

Maria; Quadros; Grassi (2012) refere que a equipe de enfermagem espera de todas as ações, ver o enfermeiro atuando junto à equipe multiprofissional nas intervenções realizadas na assistência no (PS). Pode-se fazer a ressalva da consideração que os autores fazem sobre a atuação do enfermeiro no SUE, bem como a atuação dos demais integrantes da equipe de saúde, uma vez que é um campo de maior exigência da prestação de serviço eficaz.

Embora o AACR possa ser executado por outros profissionais de nível superior, o enfermeiro assumiu esse papel. A Lei do Exercício Profissional nº 7.498/86, reforçada pela Resolução nº 423/2012 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) enfatiza subsídios e garantia ao enfermeiro para que realize a classificação de modo seguro. Esse procedimento se dá através da consulta de enfermagem que é o instrumento utilizado para a avaliação do paciente e se configura de extrema importância para prestação de cuidados qualificados, pois através dos registros desenvolvidos pela Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), possibilita um diagnóstico preciso para elaboração de um plano de assistência de acordo com a necessidade de cada indivíduo.

3 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de revisão sistemática de literatura, de caráter descritivo realizado a partir de um levantamento bibliográfico, cujo propósito é reunir e sintetizar o conhecimento pré-existente sobre a temática proposta. A revisão sistemática de literatura é uma forma de pesquisa que utiliza como fonte de dados à literatura sobre

determinado tema, assim como outros tipos de estudo de revisão (SAMPAIO; MANCINI, 2007).

As fontes utilizadas foram às bases eletrônicas de Dados Virtuais em Saúde, tais como: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Biblioteca Virtual em Saúde (Bireme), PubMed, USP, Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) e Google Acadêmico. Foram inclusos os artigos publicados na literatura nacional. Após a seleção dos artigos foi feita uma leitura minuciosa do material obtido, selecionando o que é de interesse para a pesquisa, a fim de não serem perdidos aspectos importantes para o enriquecimento do estudo e confecção da redação final da pesquisa.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

O ACCR é um dispositivo operacional instituído pela PNH do Ministério da Saúde e dentro dos (SUE) Serviços de Urgência e Emergência age como ferramenta resolutiva em intervenções para solucionar a superlotação nos serviços de emergência hospitalar. E o enfermeiro tem a capacidade de organizar o fluxo dos usuários conforme a prioridade do atendimento e a demanda dos serviços, sendo um profissional de excelência na execução da classificação de risco nos serviços de urgência, garantindo a humanização da assistência nos serviços de saúde e oferecer atendimento acolhedor e resolutivo (ACOSTA et. al, 2012).

Silva e Bolpato (2013) acrescentam que o enfermeiro enquanto profissional responsável pela liderança de sua equipe e pela qualidade no atendimento deve se capacitar aperfeiçoando seus conhecimentos sobre o processo assistencial no Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco, e em seguida, oferecer capacitação a sua equipe para garantir a resolubilidade e melhoria das práticas assistenciais no serviço de emergência.

Cavalcante et. al (2012) afirma que o acolhimento do usuário no serviço de urgência e emergência é ação primordial para avaliação da situação de saúde do mesmo. Essa informação corrobora com o pensamento pertinente do autor, onde aponta que acolhimento com classificação de risco promove a relação usuário-profissional, para garantir a resolutividade de suas necessidades, assim como também a corresponsabilidade dos indivíduos envolvidos neste processo. Cabe destacar aqui que para o ACCR ser eficaz, é necessário que os enfermeiros assumam o compromisso diante dessa tarefa de modo que saibam operacioná-la e desenvolvê-la com respeito e humanização.

Rodrigues et. al. (2014) afirma que o Acolhimento com Classificação de Risco deve ser aplicado por equipe multiprofissional. Entretanto, o primeiro contato do usuário

deve ser mantido pelo enfermeiro, que é o responsável por classificar o risco e realizar o encaminhamento, portanto, a aplicação da Classificação de Risco propriamente dita é realizada pelo enfermeiro.

E é nesse sentido que se destaca a importância do papel do enfermeiro frente ao ACCR. Tangente às unidades de emergência a classificação de riscos consta, basicamente, de uma seleção de clientes que precisam de tratamento em ordem de prioridade, conforme o potencial risco para a sua vida. O profissional de enfermagem apresenta todas as condições para participar desse programa, desde que siga as recomendações dos protocolos já instaurados e aplicados nas unidades de emergência ou mesmo através da implementação do manual desenvolvido pelo Ministério da Saúde do Brasil (LACERDA et. al, 2019).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Humanização deve ser uma prática do cotidiano vivenciada por todos, seja profissional ou usuário do serviço de saúde. A Enfermagem como uma profissão que pratica o cuidado visando promoção e restauração da saúde, carrega em sua essência um peso de responsabilidades e compromisso. É uma profissão importante assim como as outras da equipe multiprofissional que compõe o quadro do serviço hospitalar.

O Acolhimento com Classificação de Risco no setor de urgência e emergência deve ser compreendido como uma tecnologia para reorganização do serviço e do fluxo que visa ao acesso universal, à resolubilidade e ao atendimento humanizado.

A importância do papel do enfermeiro no ACCR é compactada, uma vez que esse profissional é quem faz o primeiro contato com o paciente que procura pelo serviço, não que seja necessariamente uma atividade privativa do enfermeiro realizar a classificação de risco, essa pode ser feita por qualquer profissional de saúde de nível superior que tem embasamento e conhecimento teórico e qualidade técnico-assistencial. Porém, em âmbito nacional, atualmente, é o enfermeiro o profissional que assume essa função.

Diante da atual realidade da saúde do país, pode-se afirmar que a atuação do enfermeiro é fundamental nos serviços de urgência e emergência e o acolhimento com classificação de risco adotado é uma ferramenta objetiva para esse profissional que a utiliza.

Então, fica claro que o papel do enfermeiro frente ao ACCR deve gerar o contentamento, e a prática gerencial do enfermeiro como norteadora das necessidades de cuidado do paciente obter o valor de excelência merecido. Quanto ao setor de urgência e emergência em saúde, observa-se que mesmo com dispositivos que auxiliem a reso-

lução de problemas a enfermagem necessita ainda desenvolver maturidade e impor seu devido valor em ocupar o espaço que lhe é próprio.

REFERÊNCIAS

ACOSTA, Aline Marques; DURO, Carmen Lucia Mottin; LIMA, M. A. D. S. Atividades do enfermeiro nos sistemas de triagem/classificação de risco nos serviços de urgência: revisão integrativa. **Rev Gaúcha Enferm**, p. 181-190, 2012.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Gabinete do Ministro. Portaria nº. 2.488 de 21 de out de 2011. Aprova Política Nacional de atenção básica. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, out. 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde, Ministério da Educação. **Portaria interministerial nº 1.802, de 26 de agosto de 2008**.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização. Formação e intervenção** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização.– Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 242 p.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência** - Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde** - Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente. Portaria N° 198/GM/MS**.

BRASIL, Ministério da saúde. **Boas práticas de humanização na atenção e na gestão do Sistema Único de Saúde: acolhimento com classificação de risco na emergência do Hospital Nossa Senhora da Conceição em Porto Alegre**. Ministério da Saúde; 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção às Urgências**. Brasília-DF, 2003.

CAVALCANTE, Ricardo Bezerra et al. Acolhimento com Classificação de Risco: proposta de humanização nos serviços de urgência. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, 2013.

Conselho Federal de Enfermagem (Cofen). Lei nº 7.498/86, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências.

Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN n. 423/2012. Normatiza, no âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, a participação do Enfermeiro na Atividade de Classificação de Risco [Internet]. Brasília: COFEn; 2012.

FEIJÓ, Vivian Biazon El Reda. **Acolhimento com avaliação e classificação de risco: análise da demanda atendida no pronto socorro de um hospital escola.** Londrina, Paraná. 2010. 93f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Universidade Estadual de Londrina.

LACERDA, Andrea Stella Barbosa et al. Acolhimento com classificação de risco: relação de justiça com o usuário. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília , v. 72, n. 6, p. 1496-1503, Dec. 2019 .

MARIA, Monica Antonio; QUADROS, Fátima Alice Aguiar; GRASSI, Maria de Fátima Oliveira. Sistematização da assistência de enfermagem em serviços de urgência e emergência: viabilidade de implantação. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 65, n. 2, Apr. 2012.

MARTINS, S.M.S. **Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco em um serviço de urgência hospitalar em Goiânia.** 2012. 97f. Dissertação (Mestrado em Ciências Ambientais e Saúde) – Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia, 2012.

NEME, Cláudio, GARCIA, Gisele Clozer Pinheiro. Que é atendimento de urgência ou emergência hospitalar?. **Portal do Direito** - 14 de Novembro, 2014, 17:56.

PAI, Daiane Dal; LAUTERT, Liana. O Trabalho em urgência e emergência e a relação com a saúde das profissionais de enfermagem. *Revista latino-am Enfermagem*, maio-junho; 16(3). 2008.

O'DWYER, Gisele Oliveira; OLIVEIRA, Sergio Pacheco de; SETA, Marismary Horsth de. Avaliação dos serviços hospitalares de emergência do programa QualiSUS. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 14, n. 5, Dec. 2009 .

RODRIGUES, Ana Paula Brito et al. CONCEPÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM SOBRE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO. **Rev enferm UFPE** on line., Recife, 8(8):2626-32, ago., 2014.

SAMPAIO, RF; MANCINI, MC. Estudos de revisão sistemática: um guia para sintética criteriosa da evidência. **Rev. bras. fisioter.** , São Carlos, v. 11, n. 1, pág. 83-89, fevereiro de 2007.

SILVA, Joelma Alves da; BOLPATO, Marieli Basso. PROPOSTA DE IMPLANTAÇÃO DO PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO COM AVALIAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NO SETOR DE EMERGÊNCIA DO PRONTO SOCORRO DE BARRA DO GARÇAS-MT. **Revista Eletrônica Interdisciplinar**, v. 1, n. 9, 2013.

SOUZA, Cristiane Chaves de et al. Classificação de risco em pronto-socorro: concordância entre um protocolo institucional brasileiro e Manchester. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 19, n. 1, p. 26-33, 2011.

TOLEDO, Alexandre Duarte. **Acurácia de enfermeiros na classificação de risco em unidade de pronto socorro de um hospital municipal de Belo Horizonte.** 2009. Tese de Doutorado. Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Enfermagem.

VALENTIM, Márcia Rejane da Silva, SANTOS, Mauro Leonardo Salvador Caldeira dos. POLÍTICAS DE SAÚDE EM EMERGÊNCIA EA ENFERMAGEM. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, 2009 abr/jun; 17(2):285-9.

CAPÍTULO 2

O PAPEL DO ENFERMEIRO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA PRÉ HOSPITALAR FIXO

NURSES ROLE IN EMERGENCY SERVICE AND EMERGENCIA PRE HOSPITAL FIXED

Michelly Rodrigues de Paula¹

Keily dos Santos²

Marcos Antonio Silva Batista³

Rosane Cristina Mendes Gonçalves⁴

Suely da Silva Reis⁵

DOI: 10.46898/rfb.9786558890669.2

1 Secretaria Municipal de Saúde de Palmas-TO. michellyrdp@gmail.com

2 Secretaria Municipal de Saúde de Itaporã-TO. keilypaula@hotmail.com

3 Hospital de Doenças Tropicais da Universidade Federal do Tocantins. marcos_batist@hotmail.com

4 Hospital de Doenças Tropicais da Universidade Federal do Tocantins. rosanecristinamg@hotmail.com

5 Divisão de Vigilância em Saúde de Imperatriz-MA. suely_reis_8@hotmail.com

RESUMO

O serviço de urgência e emergência requer uma atuação firme e eficaz por parte do profissional de enfermagem. O presente estudo teve como objetivo descrever o papel do enfermeiro que atua no serviço de urgência e emergência pré-hospitalar fixo. Trata-se de um estudo de revisão bibliográfica com base nas referências contidas nos bancos de dados LILACS, SCIELO, MEDLINE-via PubMed e Google Acadêmico. Através desse estudo pode-se observar que o enfermeiro atua nesse serviço de forma assistencial e/ou na gestão. É o primeiro profissional que atende o paciente, por meio do acolhimento com avaliação e classificação de risco, e ainda nas enfermarias durante a observação e/ou execução de procedimentos técnicos oriundos a sua formação.

Palavras-chaves: Atendimento pré-hospitalar. Assistência de enfermagem. Urgência e emergência.

ABSTRACT

Emergency treatment and emergency requires a firm and effective action on the part of nursing staff. This study aimed to describe the role of the nurse working in the emergency room and pre hospital emergency fixed. This is a bibliographic review based on references contained in the databases LILACS, SciELO, MEDLINE via PubMed, and Google Scholar. Through this study it can be seen that the nurse acts in this service assistance form and / or management. It is the first professional in charge of the patient, through the host with risk assessment and classification and in the wards during the observation and / or execution of technical procedures arising from their training.

Keywords: Pre-hospital care. Nursing care. Emergency care.

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, durante a última metade do século XX, diversos eventos foram de suma importância para o surgimento do Sistema Único de Saúde (SUS). A população, mesmo em época de ditadura militar, articulou movimentos fundamentais para a dissociação entre saúde pública e a área previdenciária, um destes acontecimentos foi a reforma sanitária (ESCOREL et al, 2005).

A saúde foi então constituída como um direito a cidadania garantida na promulgação da Carta Magna em 1988. A partir da Constituição Federal que o processo de criação do SUS foi fundamentado para abranger a todos os cidadãos brasileiros como um dos poucos modelos mundiais vigentes de sistema público, universal e descentralizado de saúde (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

Como resultado, em 1990 irrompe a Lei Orgânica da Saúde (LOS) nº 8.080, que define os princípios, as atribuições, diretrizes, organização, financiamento e planejamento do Sistema Único de Saúde (SUS), em consonância com os artigos nº 196 e nº 198 da Constituição da República Federativa do Brasil (GUIMARÃES, 2012).

O Atendimento Pré-Hospitalar (APH) no Brasil foi exercido a princípio pelos estados que elaboraram um sistema de atendimento às urgências e emergências de caráter privado ou público, cujo início histórico aponta que era executado pelo Corpo de Bombeiros Militares (MARTINS; PRADO, 2003). No entanto, a atividade enfrentou grandes dificuldades até meados da década de 90, devido à falta de uma legislação específica que contribuísse para a sustentação de uma estrutura de APH.

Para a prestação de serviço na rede de urgência e emergência foi criado o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência por meio da portaria n.º 2.048/GM, em 5 de novembro de 2002, onde institui toda a rotina, bem como a estrutura física e administrativa (BRASIL, 2002).

As Unidades Pré-Hospitalares de Urgência representam uma estrutura intermediária entre o hospital e a unidade de atenção básica e o acesso a esses serviços se fundamenta no acolhimento com avaliação e classificação de risco, uma tecnologia capaz de determinar as prioridades do atendimento pretendido. Essas unidades devem estar preparadas para prestar assistência adequada em situações de urgência, caracterizadas por casos que necessitam de atendimento rápido, porém não possuem risco de morte imediato, e de emergência, nas quais o risco de morte é iminente (SOUZA, 2009).

O interesse pela produção do estudo surgiu através da observação da crescente demanda e sobrecarga no serviço que realiza atendimento em unidades de urgência e emergência, bem como a atuação do enfermeiro voltada para esse. A relevância deste estudo consiste em buscar na literatura conhecimentos sobre o papel do enfermeiro no serviço de urgência e emergência e suas abrangências.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Saúde Pública

O processo de cuidar da saúde envolve uma rede complexa de aspectos estruturais, organizacionais e humanísticos que devem de modo articulado, atender as necessidades da população. Em 1988 foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS), com o objetivo principal de oferecer atendimento igualitário, cuidar e promover à saúde da população brasileira, por meio de ações de promoção, prevenção e assistência a saúde (BRASIL, 2011).

A saúde no Brasil adquiriu formas e modelos para alcançar o proposto na CFB de 1988, onde a assistência à saúde gratuita contemplasse todos os cidadãos; A assistência à saúde no SUS apresenta, no contexto atual, uma conjuntura organizacional baseada nas Redes de Atenção à Saúde (RAS) (BRASIL, 2011).

Desde a sua criação o SUS estabeleceu propostas que visam um modelo de atenção à saúde qualificada, porém constituísse em um grande desafio, pois há uma crise, definida atualmente como as condições crônicas são enfrentadas, em sua maioria, com tecnologias destinadas a dar respostas aos momentos agudos dos agravos normalmente percebidos pelos seus portadores, que procuram atendimento por demanda espontânea em unidades de pronto atendimento. Nesse sentido, isso contextualiza uma problemática a assistência à saúde no Brasil (SOUZA, 2009).

O Brasil é um país de proporções continentais, logo se faz jus à interpretação das condições regionais conforme suas particularidades; Assim, as políticas públicas a serem adotadas analisam as situações de saúde do ponto de vista demográfico e epidemiológico (MENDES, 2010).

2.1.1 Etimologia de urgência e emergência

Define-se por Urgência a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de atendimento imediato, já a Emergência, é definida quando há constatação de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo assistência imediata (NEME; GARCIA, 2005).

A ciência de todo o roteiro técnico que envolva o serviço hospitalar de emergência é primordial para a equipe multiprofissional que atende a este público. Por serem termos parecidos quanto a sua finalidade, que é a de atendimento imediato, as palavras urgência e emergência por vezes confundem profissionais quanto a sua colocação concreta durante atendimentos de risco. E o esclarecimento por parte dos usuários faz-se outro contraponto, já que boa parte da demanda é de queixas crônicas, trabalhadores que não encontram atendimento em unidades básicas em horário contrário ao comercial (ROMANI *et al*, 2009).

2.1.1.1 Necessidade de implantação de uma política voltada para o serviço de urgência e emergência.

A Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU) levanta a importância da noção e discernimento sobre a concepção e significado de urgência e emergência daqueles que prestam atendimento voltado para essa área. Há a necessidade em saber identificar casos urgentes e emergentes com a finalidade em desenvolver um atendi-

mento qualificado baseado no acolhimento em saúde daqueles que apresentam estado grave, que exigem atenção básica ou especializada em todas as unidades voltadas para assistência imediata (BRASIL, 2006).

Inserida na RAS, a Rede de Urgência e Emergência (RUE) pactuada a partir da Política Nacional de Atenção às Urgências através da Portaria GM nº 1.863, de 29 de setembro 2003, que compartilha os serviços hospitalares de emergência como responsabilidades das três esferas governamentais: união, estados e municípios. O Ministério da Saúde (MS) passa a atender assim a situação contemporânea no que tange a morbimortalidade e urgências em geral (MARQUES, 2011).

Em consonância, a portaria nº. 1601 de 07 de julho de 2011 estabelece diretrizes para a implantação do componente Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas da Rede de Atenção às Urgências, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências (BRASIL, 2011).

2.1.1.1.1 Atuação do Enfermeiro na assistência no serviço de urgência e emergência pré-hospitalar fixo.

Em todos os serviços de saúde a atuação do enfermeiro faz interação com todas as áreas de sua abrangência, o serviço de enfermagem age de forma autônoma, porém paralelas às demais áreas, devendo ser exercida com responsabilidade, entendendo a estrutura organizacional, regimento interno, rotinas e sistemas de controle. Assim, a enfermagem faz o exercício de prática de cuidados em constante busca a orientações e subsídios para uma atuação de qualidade (LIMA; ERDMANN, 2006).

Ramos e Sanna (2005) acrescentam ainda que, no que tange a Lei do Exercício Profissional nº 7498/86, o enfermeiro tem como atividade privativa a organização e direção de serviços e unidades de enfermagem, a assistência direta ao paciente crítico e a execução de atividades de maior complexidade técnica e que exijam conhecimento de base científica e capacidade de tomar decisão imediata.

No âmbito da Enfermagem, foram atribuídos a este profissional resoluções determinadas pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) para ampará-los legalmente quanto a sua atuação; Exemplo disto tem-se a resolução nº 375/2011 que enfatiza a obrigatoriedade da presença do Enfermeiro no atendimento, bem como na supervisão da assistência prestada nas unidades de APH, norteadas pela Sistematização da Assistência de Enfermagem (COFEN, 2011).

3 METODOLOGIA

O presente estudo trata-se de uma revisão literária com a temática O papel do enfermeiro na urgência e emergência que atua no pré hospitalar fixo, abrangendo suas particularidades e adjacências, baseado em leituras estruturadas.

Para levantamento do material foram realizadas buscas no portal LILACS via Biblioteca Virtual de Saúde (BVS); Scientific Electronic Library Online (SCIELO) e MEDLINE, via PubMed. E foram realizadas com a utilização dos seguintes descritores: atendimento pré-hospitalar, assistência de enfermagem, enfermagem em emergência, urgência e emergência.

Para a seleção dos artigos foram utilizados os seguintes critérios de inclusão: artigos publicados na literatura nacional, que tem como característica a relevância do tema pesquisado, artigos que mencionavam em seu título os descritores: atendimento pré-hospitalar, enfermagem em emergência, urgência e emergência. Sendo desconsiderados os textos ao qual não contemplavam os critérios citado.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

O serviço de urgência e emergência apresenta-se como uma ferramenta para atender a grande demanda de casos clínicos agudos. O alto índice de mortalidade decorrente de violência e acidentes levou o Governo a criar e implantar os serviços de urgência e emergência no sistema estadual de referência hospitalar para atendimento voltado para esse setor. Tem como objetivo estimular e apoiar em cada estado, a organização e conformação de Sistemas de Referência. Hospitalar no atendimento às urgências e às emergências (NEME, GARCIA; 2005).

Segundo Oliveira *et al* (2015) em pesquisa qualitativa realizada no estado de Santa Catarina, vinte e cinco profissionais de enfermagem apontaram que uma UPA tem o propósito de ser um local de atendimento rápido a casos graves em que o objetivo da assistência é a estabilização do quadro, e encaminhamento aos hospitais quando necessário.

O enfermeiro, conforme aponta os artigos estudados, atua em duas vertentes: a assistência e a gerência. Buscando a excelência na prestação de serviço, a articulação multiprofissional nos eixos prático-teórico também integra esse processo, a enfermagem desempenha seu papel ao desenvolver programas inovadores nas organizações e melhores práticas (LIMA, ERDMAN 2006).

De acordo com isso, Gentil (2008) afirma que a aplicação da capacitação assistencial do enfermeiro no APH sugere competências específicas a serem trabalhadas, tais

como: manobras de reanimação cardiopulmonar básica, técnicas de imobilização, manejo dos equipamentos necessários ao atendimento em situação de máxima emergência, que pode definir a sobrevivência do paciente, bem como uma visão de acreditação sobre os sintomas e correta classificação.

Já Ramos e Sanna (2005) refletem que a inserção do profissional de enfermagem no APH possibilita identificar mudanças quanto à sua atuação, ainda que vinculadas estritamente aos aspectos assistenciais, no entanto, faz-se necessário expandir essa atuação, estendendo-se à organização e gerenciamento do atendimento, acrescentando um novo olhar aos serviços de APH prestados à comunidade.

Moraes (2012) acrescenta que a gestão em saúde em urgência e emergência da equipe de enfermagem, é conferido privativamente ao enfermeiro, garantida essa tarefa fundamentado no artigo nº 11 da Lei do Exercício Profissional. O autor ainda aponta que existe um bom desempenho na assistência, em contraponto a fragilidade encontrada na administração de enfermagem, mostrando uma dificuldade de comunicação entre o setor gerencial e assistencial.

Dentre as dificuldades citadas pelos autores que prejudicam a qualidade do atendimento está na aplicação pelos enfermeiros do modelo biomédico aplicado na assistência, isto é, tendo como foco a doença e execução de tarefas, e não no cliente. Garlet (2009) expõe que o atendimento por usuários não contempla a definição e inserção de urgência e emergência, gerando insatisfação na equipe de saúde, já que a escolha do serviço é espontânea, visto que é a percepção do paciente sobre o que é um caso simples ou grave que o leva a unidade. Essa demanda adicional causa nos profissionais uma reação que reflete em um atendimento impessoal, hostil e por vezes negligente.

No que diz respeito ao vínculo empregatício, Maria (2012) ressalta a sobrecarga de trabalho, rodízios de horários, sistema de plantões, prolongamento da jornada de trabalho, falta de apoio institucional na utilização da SAE e a falta de materiais em quantidade e qualidades, empecilhos para o desenrolar do serviço de enfermagem.

A contínua percepção dos estímulos vindos do ambiente em que estão inseridos levam os profissionais da saúde ao estresse ocupacional. O cumprimento de carga horária elevada tende ao cumulativo excesso de produção e mais energia despendida. Esse desequilíbrio leva, conseqüentemente, ao desgaste funcional, afetando tanto a qualidade de vida quanto ao desempenho do trabalho nos serviços de urgência e emergência (BEZERRA, 2012).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As unidades de atendimento pré-hospitalar fixo foram viabilizadas graças a crescente demanda de atendimento nos serviços de urgência e emergência. Essa reorganização institucional no Sistema Único de Saúde (SUS) possibilitou o remanejamento dos pacientes deste setor, auxiliando no desafogamento dos serviços de entrada hospitalar.

O enfermeiro atua nesse serviço de forma assistencial e/ou na gestão. É o primeiro profissional que atende o paciente, por meio do acolhimento com avaliação e classificação de risco, e ainda nas enfermarias durante a observação e/ou execução de procedimentos técnicos oriundos a sua formação.

Sabe-se que a capacitação destes profissionais é necessária para o acompanhamento das transformações tecnológicas tanto no uso de recursos materiais/equipamentos quanto na fundamentação científica para aplicação de técnicas no cuidado.

O serviço de urgência e emergência requer uma atuação firme e eficaz por parte do profissional de enfermagem, visto o imediatismo de ações para sanar as queixas clínicas dos clientes. Além disso, o enfermeiro deve gerir sua equipe assumindo uma postura de liderança esperada para alcançar a qualidade dos serviços prestados.

REFERÊNCIAS

BEZERRA FN, SILVA TM, RAMOS VP. **Estresse Ocupacional dos Enfermeiros de Urgência e Emergência: Revisão Integrativa da Literatura**, Acta Paul Enferm. 2012;25(Número Especial 2):151-6.2012

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.048/GM, de 5 de novembro de 2002. **Institui o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência**. Brasília-DF, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política nacional de atenção às urgências / Ministério da Saúde. – 3. ed. ampl. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde** – Ministério da Saúde. – 3. ed. – Brasília : Ministério daSaúde, 2011. 28 p.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN nº 375/2011 - **Dispõe sobre a presença do Enfermeiro no Atendimento Pré-Hospitalar e**

Inter-Hospitalar, em situações de risco conhecido ou desconhecido. Brasília-DF, 2011.

SCOREL S; NASCIMENTO DR; EDLER FC. **As origens da reforma sanitária e do SUS** In. Lima, Nísia Trindade; Gerschman, Silvia; Edler, Flavio Coelho. Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro, Fiocruz, p.59-81. 2005.

GARLET ER, LIMA MADS, SANTOS JLG, MARQUES GQ. Organização do trabalho de uma equipe de saúde no Atendimento ao usuário em situações de urgência e Emergência, **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2009 Abr-Jun; 18(2): 266-72. 2009.

GENTIL RC, RAMOS LH, WHITAKER, IUI. Capacitação de enfermeiros em atendimento pré-hospitalar, **Rev Latino-Am Enfermagem**, março-abril; 16(2). 2008.

LIMA SBS, ERDMANN AL. A enfermagem no processo da acreditação hospitalar em um serviço de urgência e emergência, **Acta Paul Enfermagem**; 19(3): 271-8. 2006.

MARIA MA, QUADROS FAA, GRASSI MFO. Sistematização da Assistência de Enfermagem em Serviços de Urgência e Emergência: viabilidade de implantação, **Rev Bras Enferm**, Brasília 2012 mar-abr; 65(2): 297-303.2012.

MARQUES AJS. **Rede de Atenção à Urgência e Emergência: Estudo de Caso na Macrorregião Norte de Minas Gerais.** / Antônio Jorge de Souza Marques. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 42 p.

MENDES EV. **As redes de atenção à saúde.** Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2010. 79- 549. ISBN: 978-85-7967-075-6.

MORAES PA. **Gestão na atenção pré-hospitalar de urgência do município de Goiânia-GO,** Goiânia: Faculdade de Enfermagem/UFG; 2012. 102p. 2012.

NEME C, GARCIA GCP. **Que é atendimento de urgência ou emergência hospitalar?** Portal do Direito. 2005.

OLIVEIRA SN, RAMOS BJ, PIAZZA M, PRADO ML, REIBNITZ KS, SOUZA AC. Unidade de Pronto Atendimento – UPA 24h: percepção da Enfermagem, **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2015 Jan-Mar; 24(1): 238-44. 2015.

PAIVA, CHA; TEIXEIRA, LA. **Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde, História, Ciências, Saúde – Manguinhos,** Rio de Janeiro v.20, n.2, abr.-jun., p.653-67; 2013.

RAMOS VO; SANNA, MC. A inserção da enfermeira no atendimento pré-hospitalar: histórico e perspectivas atuais. **Rev. bras. enferm.** [online]. 2005, vol.58, n.3, pp. 355-360.

ROMANI, HM et al. Uma visão assistencial da urgência e emergência do sistema de saúde. **Revista Bioética**,17 (1): 41 – 53, 2009.

SOUZA, CC. **Grau de concordância da classificação de risco de usuários atendidos em um pronto-socorro utilizando dois diferentes protocolos** [manuscrito]. Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. Belo Horizonte: 119 p. 2009.



CAPÍTULO 3

ATUAÇÃO DO(A) ENFERMEIRO(A) NA PREVENÇÃO DE CONTROLE DAS INFECÇÕES HOSPITALARES NO CENTRO CIRÚRGICO: REVISÃO DE LITERATURA

Bruna Rodrigues Martins de Jesus¹

DOI: 10.46898/rfb.9786558890669.3

¹ Universidade Mauricio de Nassau, <https://orcid.org/0000-0002-7412-5821>, graduando@outlook.com.

RESUMO

A ocorrência de infecção hospitalar tem sido identificada como um importante problema de saúde pública no Brasil e no mundo de forma crescente desenvolvendo vários temas para discussão, buscando formas de prevenção e controle dessas infecções. Nesse contexto, surge na tentativa de melhorar o serviço e minimizar os riscos de infecção transoperatório, modificando e padronizando a assistência. O objetivo deste artigo foi discutir a atuação do (a) enfermeiro (a) no processo de prevenção e controle de infecção hospitalar no Centro cirúrgico em revisão de literatura, com base na identificação das prioridades clínicas dos pacientes. Trata-se de um estudo descritivo, através da revisão de literatura, embasado nos artigos científicos selecionados na base dos dados do LILACS, SCIELO (Scientific Eletrônico Library), BVS, Teses e Protocolos do Ministério da Saúde. As discussões obtidas se dividiram em dois temas propostos: Entendendo os meios de infecções e fatores de risco no Centro Cirúrgico frente aos procedimentos de enfermagem e A infecção hospitalar no contexto do cuidado do (a) enfermeiro (a), orientando os profissionais de saúde e acadêmicos de enfermagem sobre a importância de tais medidas preventivas. Conclui-se que o (a) enfermeiro (a) destaca-se por ser o profissional qualificado em assumir o papel de orientador e educador da equipe de enfermagem e dos usuários dos serviços de saúde, realizando de forma qualificada a tocante vigilância das infecções hospitalares dos pacientes nesse setor, ao caracterizar tais eventos numa abordagem local, ressaltando a importância de efetuar medidas de controle e prevenção, a fim de reduzir os riscos existentes.

Palavras-chave: Infecção Hospitalar, Enfermagem e Centro Cirúrgico.

SUMMARY

The occurrence of nosocomial infection has been identified as an important public health problem in Brazil and in the world, increasingly developing various topics for discussion, seeking ways to prevent and control these infections. In this context, it appears in an attempt to improve the service and minimize the risks of intraoperative infection, modifying and standardizing care. The objective of this article was to discuss the role of the nurse in the process of prevention and control of nosocomial infection in the Surgical Center in literature review, based on the identification of the patients' clinical priorities. This is a descriptive study, through a literature review, based on the scientific articles selected on the basis of LILACS, SCIELO (Scientific Electronic Library), VHL, Theses and Protocols from the Ministry of Health. The speeches obtained were divided into two proposed themes: Understanding the means of infections and risk factors in the Surgical Center in face of nursing procedures and Hospital infection in the context of nurse care, guiding health professionals and nursing students on the importance of such preventive measures. It is concluded that the nurse stands

out for being the professional qualified to assume the role of advisor and educator of the nursing team and users of health services, performing the touching surveillance of hospital infections in a qualified way. of patients in this sector, by characterizing such events in a local approach, emphasizing the importance of carrying out control and prevention measures in order to reduce the existing risks.

Keywords: Hospital Infection, Nursing and Surgical Center.

1 INTRODUÇÃO

A infecção hospitalar tem como principal agente etiológico as bactérias, vírus e fungos que são os precursores dos altos índices de contaminação em Unidades e setores hospitalares, destacando o Centro cirúrgico (CC) pelos seus eventos adversos, gerando uma grande problemática ilegal e ética, causando grandes prejuízos aos pacientes, às instituições e a sociedade.

Sendo assim, os objetivos deste estudo foram compreender os fatores que levam a infecção hospitalar dentro do CC, e a relação dos profissionais de saúde frente aos vários tipos de infecção.

E para minimizar a incidência de infecção, devemos estar atentos à infecção cruzada, onde microrganismos são transmitidos por contatos diretos entre profissionais e pacientes, roupas e mãos contaminadas, objetos inanimados e pelos próprios visitantes.

O centro cirúrgico é uma unidade que concentra pacientes com uma necessidade de atenção especial, cuidados constantes desde sua entrada até sua saída, monitoramento contínuo e procedimentos invasivos.

O Ministério da Saúde (MS), na Portaria nº 2.616 de 12/05/1998, define Infecção Hospitalar (IH) como a infecção adquirida após a admissão do paciente na unidade hospitalar e que se manifesta durante a internação ou após a alta, quando puder ser relacionada com a internação ou procedimentos hospitalares. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

O controle de infecção hospitalar é de responsabilidade multiprofissional, mas a equipe de enfermagem tem como obrigação garantir o menor número de pacientes com infecção hospitalar, já que são os profissionais mais próximos dos pacientes, dando assistência nos procedimentos invasivos com risco de recorrer infecção.

No CC, os pacientes são assistidos por uma equipe de médicos, enfermeiras, técnicos de enfermagem, anestesistas, entre outros, além de obter equipamentos que lhe garantirão as funções vitais em todo período da assistência.

De acordo Freitas et al (2015, p.2)

A ISC é uma das mais temidas complicações decorrentes do procedimento cirúrgico, pois se destaca como um episódio grave, de alto custo e associado ao aumento da morbidade e mortalidade. Pacientes infectados têm duas vezes mais chances de falecer ou passar algum tempo na unidade de tratamento intensivo e cinco vezes mais chances de serem readmitidos após a alta.

Observa-se que para a prevenção e o controle da infecção em um CC, o cuidado de enfermagem deve ser individualizado, atendendo às necessidades específicas do paciente, respeitando todas as regras do Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), diminuindo, assim, o índice de mortalidades, morbidades e acidentes.

No CC é necessário à conscientização de que quanto mais cedo forem identificados os fatores de risco para possíveis ocorrências de infecção, melhores as condições para serem ajudados. Este é um dos papéis da enfermagem cirúrgica para promover segurança.

Além do papel assistencial e administrativo, caberá ao enfermeiro (a) o controle do uso e conservação dos materiais e instrumental, registro de todas as ocorrências importantes, bem como ao pessoal, as mudanças de procedimento e estratégias educacionais.

Um aspecto importante para assistência de enfermagem cirúrgica é a criação de um ambiente propício para o transoperatório, livre de estímulos nocivos, que promova o desenvolvimento positivo e minimize os efeitos negativos do momento da operação e da separação do ambiente familiar.

A escolha do tema emergiu das aulas de pós-graduação em áreas da enfermagem sobre os riscos de infecção nos serviços de saúde, principalmente no CC, após muitas pesquisas em bases de dados eletrônicos informatizados verificou-se que, mesmo sendo um tema de muita relevância entre os profissionais e nas instituições de saúde, poucos estudos são realizados sobre a prevenção de controle dessas infecções pelos (as) enfermeiros (as).

O objetivo geral deste trabalho consiste em discutir a atuação do (a) enfermeiro (a) no processo de prevenção e controle das infecções hospitalares no CC, com base na identificação das formas de assistência, sustentado pelos objetivos específicos: Identificar os fatores de risco para a ocorrência de infecção em Centro cirúrgico, descrever os procedimentos de enfermagem que reduzem à infecção hospitalar e demonstrar a importância da adesão dos profissionais de enfermagem nas normas e rotinas preconizadas pela instituição.

2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, através da revisão de literatura, embasada em artigos científicos selecionados na base de dados do SCIELO, LILLACS, BVS, Teses e Protocolos do Ministério da Saúde sobre os temas selecionados entre os anos 2012 a 2017, com o intuito de compreender a importância da atuação do (a) enfermeiro (a) na prevenção e controle de infecção hospitalar no Centro cirúrgico, apresentando os seguintes descritores: Infecção Hospitalar, Enfermagem e Centro Cirúrgico.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

No CC, um setor crítico e restritivo, deve haver uma monitoração diária de controle fornecendo dados que ajudam a Comissão a analisar as estatísticas mensais e permitir a implementação de medidas preventivas para diminuir a taxa de infecção hospitalar como um todo.

O Centro Cirúrgico, segundo a Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Pós-Anestésica e Centro de Material e Esterilização (Sobecc), é a área dos estabelecimentos de assistência à saúde especializada e fisicamente determinada para o desenvolvimento de procedimentos cirúrgicos e endoscópicos, de forma a garantir segurança e conforto para o paciente e para a equipe que lá desenvolve seu trabalho. Logo, é um dos setores hospitalares com maior necessidade de controle de Infecção Hospitalar (IH), o que se constitui em um dos principais parâmetros para garantir a qualidade do cuidado prestado. Desse modo, além da elaboração de programas com este objetivo, e da organização hospitalar, é necessário examinar as características e finalidades do hospital, tipo de gerenciamento, assistência e clientela, bem como os aspectos relacionados à infraestrutura. (REIS, 2014)

A Comissão de Controle de Infecção Hospitalar tem um vínculo estreito com a Central de Materiais de Esterilização, responsável pela esterilização de materiais, outro processo importante na prevenção das infecções.

O CME tem papel exclusivo no conhecimento da quantidade e o armazenamento dos artigos esterilizados, bem como a provisão e previsão, contribuindo para assistência ao paciente e equipe cirúrgica. Além disso, é importante que este setor esteja em funcionamento adequado, desenvolvendo todas as etapas com qualidade e segurança, contando com trabalhadores qualificados, pois o seu trabalho influenciará na prevenção e controle das infecções. (MACHADO, OURIQUES, 2013)

Apesar do segmento de diversas normas para as medidas preventivas de infecção, a Comissão não deixa de valorizar a humanização dos nossos pacientes, tentando

sempre oferecer segurança, profissionalismo e atenção especialmente no cuidado em um dos momentos mais delicados.

3.1 Entendendo os meios de infecções e fatores de risco no centro cirúrgico frente aos procedimentos de enfermagem.

O trabalho da (o) enfermeira (o) dentro de um CC é um desafio constante, pois requer vigilância, habilidade, respeito e sensibilidade, pois se trata de pacientes vulneráveis e no período transoperatório dependentes da equipe que lhe está prestando assistência.

A incidência de infecções varia amplamente dependendo de fatores ambientais, as crenças e práticas em relação ao controle de infecção no centro cirúrgico, caracterizadas em quatro temas: relacionados ao paciente, equipe, ambiente e procedimentos.

Segundo Pereira (2011 apud Reis, 2014 p. 308), relata que algumas infecções hospitalares são evitáveis e outras não. Infecções preveníveis são aquelas em que se pode interferir na cadeia de transmissão dos microrganismos. A interrupção dessa cadeia pode ser realizada por meio de medidas reconhecidamente eficazes, como a lavagem das mãos, o processamento dos artigos e superfícies, a utilização dos equipamentos de proteção individual, no caso do risco laboral, e a observação das medidas de assepsia. Infecções não preveníveis são aquelas que ocorrem a despeito de todas as precauções adotadas, como se pode constatar em pacientes imunologicamente comprometidos, e são originárias da sua microbiota (REIS, 2014).

Apesar dos recentes avanços na assistência, há vários outros fatores que podem proporcionar o processo de infecção hospitalar no setor como comunicação inadequada entre os membros da equipe falta de padronização dos procedimentos, pressão do tempo para realização de tarefas, número reduzido de funcionários, cultura da “culpa” em uma instituição com visão individualizada, falta de clareza nas orientações e não envolvimento do paciente e seus familiares na tomada de decisão.

A enfermagem é responsável por promover a adaptação do paciente ao meio externo (manutenção do equilíbrio térmico adequado, quantidade de umidade, luz, som e estímulo cutâneo), observar o quadro clínico (monitorização de sinais vitais e emprego de procedimentos assistencial), realizar controle de infecção, estimular o paciente, educar os profissionais, elaborar e manter um plano educacional, organizar, administrar e coordenar a assistência de enfermagem, desenvolver atividades multidisciplinares, orientar o ensino e supervisionar os cuidados de enfermagem prestados, entre outras atividades.

Os procedimentos invasivos são os que mais podem provocar infecção hospitalar expondo-os ao risco, pois há o rompimento da proteção do meio externo contra o meio interno. A pele é colonizada por diversos microrganismos, devendo ser prioritária à antissepsia antes do rompimento dessa proteção, a punção venosa e as incisões são meios comuns de infecção.

Esse procedimento foi apontado nos estudos como um dos que mais representa risco para aquisição de infecção. Todavia, esse procedimento apresenta menor risco quando comparado à inserção de Cateteres, devendo ser manuseado com o mesmo rigor asséptico que os outros dispositivos centrais, pois o tempo de permanência quando comparado com outros dispositivos pode tornar-se maior quando bem cuidado pela enfermagem.

A enfermagem busca por obrigação aplicar e incentivar maior rigor na adoção dos princípios de antissepsia com os demais profissionais da equipe, mas durante o decorrer dos procedimentos há desatenção e desobediência a estes princípios pela equipe de enfermagem, sendo meio comum a contaminação de campos e cateteres.

Outro procedimento indicado como de risco foi a intubação endotraqueal, além de invasivo, os pacientes necessitam desse recurso para específicas cirurgias ou por apresentarem distúrbios respiratórios. O uso da ventilação mecânica melhora a ventilação alveolar, reduzindo o trabalho respiratório, expandindo as áreas atelectasiadas, contudo esta modalidade ventilatória expõe ao risco de infecção a outros fatores. A não ocorrência da troca do circuito do ventilador mecânico, extensores, circuito do carrinho de anestesia periodicamente ou conforme os protocolos de assistência, as aspirações orotraqueais aumentam a possibilidade de contaminação.

A administração de medicamentos também é um procedimento de risco, principalmente se administrados pela via endovenosa, pois se realiza o uso de técnica asséptica para evitar a contaminação da solução. Apesar da lavagem das mãos serem preconizada antes desse procedimento.

De acordo Neves et al (2012, p.2)

Como medida de controle de infecção à higienização das mãos não é, portanto, recomendação recente. Deve ocorrer antes e após o contato com o paciente, antes de calçar as luvas e após retirá-las, entre um paciente e outro, entre um procedimento e outro, ou em ocasiões onde exista transferência de patógenos para pacientes e ambientes, entre procedimentos com o mesmo paciente e após o contato com sangue, líquido corporal, secreções, excreções e artigos ou equipamentos contaminados por esses.

A implementação, treinamento e adesão dos profissionais de saúde às medidas de prevenção reduzem o risco de aquisição de infecção hospitalar relacionado aos cui-

dados prestados. Estas medidas incluem a realização da higiene das mãos (lavagem das mãos com água e sabão) antes e após o contato com o paciente. Outras medidas de prevenção também são importantes: o uso de luvas, avental e máscara (quando indicado), o uso de técnica asséptica ao realizar procedimentos, a limpeza do ambiente e o uso racional de antimicrobianos.

Reduzir os riscos, classificados como organizacionais, traduz-se em ter uma estrutura adequada para as atividades de assistência ao paciente, tais como: possuir pias e papel toalha acessíveis, além de disponibilizar gel alcoólico para que todos os profissionais mantenham a higiene das mãos (HM). Outros exemplos incluem: Luvas, aventais, máscaras disponibilizadas para todos os profissionais e a relação adequada entre número de enfermeiros e número de leitos na sala de recuperação pós-anestésica, todos os materiais e equipamentos disponíveis que possam impedir o crescimento das infecções relacionadas à assistência a saúde.

Prevenir infecções significa ter uma estrutura adequada, recursos disponíveis e principalmente, profissionais atentos e treinados as práticas preconizadas.

3.2 A infecção hospitalar no contexto do cuidado pelo (a) enfermeiro (a).

Os desafios são diversos no controle de infecção em CC. Para começar, com os pacientes de cirurgias, existem vários motivos para justificar o maior risco de infecção para esse grupo um motivo é que estão sob maior risco de colonização com bactérias virulentas ou resistentes a antibióticos

O controle de Infecção Hospitalar (IH) é um dos parâmetros para garantir a qualidade do cuidado prestado. Na construção da pesquisa está sendo relatados os procedimentos invasivos como a infecção que mais acomete no CC, lavagens das mãos e a irrelevância do uso adequado dos equipamentos de proteção individual (EPI) sendo este também, um dos principais transportes de microrganismos causadores deste tipo de infecção.

Não há estudos efetivos que comprovem muitas situações referentes às formas de infecção hospitalar no centro cirúrgico, como o uso dos pró-pés, como os microrganismos presentes no chão se dispersem no ambiente, ao contrário, pode haver contaminação das mãos no manuseio dos pró-pés, além de que a abolição do seu uso otimiza os custos hospitalares, sob a ótica do controle de infecção, os pêlos possuem microbiota passível de antissepsia adequada, desde que haja um rigoroso preparo do campo operatório, recomendam sua retirada para o não aparecimento da infecção de sítio cirúrgico, o banho pré-operatório contribui para diminuir a taxa de infecção do sítio cirúrgico. Na literatura encontramos diferentes proposições a respeito do banho,

alguns autores consideram que o banho pré-operatório com escovação com clorexidina, um procedimento efetivo para reduzir contaminação intraoperatória extrínseca de bactérias da pele ao redor da região da ferida, entretanto outros autores acreditam que é melhor recomendar ao menos um banho comum do que nenhum. (REIS, 2014)

O tempo de hospitalização como fator de risco para desenvolvimento de infecção no sítio cirúrgico recebeu a discordância dos autores, segundo a literatura internar o paciente o menor tempo possível antes da operação, preferencialmente que o paciente seja internado no dia anterior, pois quanto maior o período de internação, maior a colonização da microbiota do paciente. (RIBEIRO et al, 2013)

A maior parte da literatura estudada indica que as escovas para lavagem das mãos devem ser descartáveis e estéreis, porém as utilizadas para antisepsia das mãos da equipe cirúrgica devem ser descartáveis, estéreis, de cerdas macias e de uso individual. Todos os sujeitos consideram importante o uso da máscara dentro do centro cirúrgico, que deve cobrir totalmente a boca e o nariz já na entrada na sala cirúrgica, mesmo se a cirurgia estiver por começar, em andamento ou se houver material cirúrgico exposto, utilizando-a durante toda a cirurgia. É também considerado que a máscara protege o profissional da saúde dos respingos de materiais infectantes vindos do paciente. (MANRIQUE et al, 2015)

Descartar o material esterilizado que caiu no chão quanto às condições desse material, deve-se considerar a qualidade da embalagem, o selamento, as condições de armazenamento e os eventos ocorridos (caiu no chão, foi apalpada para adivinhar-se o conteúdo, foi carregado debaixo do braço). Caso uma embalagem estéril caia ao chão, deve-se avaliar o dano causado ao pacote, antes que seu conteúdo seja considerado estéril. (MACHADO, OURIQUES, 2013)

No que se refere ao número de pessoas presentes na sala de cirurgia, limitar esse número ao mínimo contribui para o menor índice de infecção de sítio cirúrgico. O fechamento das portas da sala de cirurgia, durante o ato cirúrgico, foi apontado como importante, pois restringe o número de pessoas dentro das salas cirúrgicas. Este é o procedimento recomendado, exceto para passagem de equipamentos, pessoal e paciente. (MANRIQUE et al, 2015)

Os dados mostram que os profissionais, desconhecem sobre o preparo da pele do cliente, para o cuidado da pele, ao se optar por uma solução, não utilizar outro antisséptico concomitantemente ou após o preparo da pele. Para o preparo da pele do paciente quanto para degermação e demarcação do campo operatório, não é recomendada a associação de diferentes antissépticos, podendo ocorrer incompatibilidade.

A utilização do gorro, desde que cubra por completo cabelos da cabeça já na entrada na sala cirúrgica. Embora as evidências científicas sobre a efetividade do gorro na prevenção de infecção sejam poucas, no mínimo, ele pode prevenir a queda de cabelo dentro da ferida.

Segundo a Occupational Safety and Health Administration, os profissionais devem utilizar roupas e equipamentos apropriados que não permitam a passagem de sangue e outros materiais potencialmente contaminados, sob condições normais de uso e durante toda a realização do procedimento, averiguando se os materiais empregados na confecção do avental e campo cirúrgico constituem-se numa barreira efetiva, mesmo quando umedecidos. Os aventais têm que possuir uma capacidade de barreira antimicrobiana. (MACHADO, OURIQUES, 2013)

A técnica e a duração da cirurgia são cruciais no desenvolvimento de infecção de sítio cirúrgico. Entretanto, é importante a lavagem das mãos para diminuição da infecção de sítio cirúrgico. Estas devem ser lavadas antes de cada contato direto com o paciente, e após qualquer atividade ou contato que resulte em nova contaminação, visando à quebra da cadeia de transmissão do profissional para com os pacientes. As infecções de sítio cirúrgico devem ser diagnosticadas no máximo até 30 dias após o procedimento, entretanto na presença de material protético, é considerada infecção hospitalar até um ano após o ato cirúrgico. Podemos verificar que as infecções de sítio cirúrgico na sua grande maioria se manifestam até o vigésimo-primeiro dia da data da cirurgia. (REIS, 2014)

As (os) enfermeiras (os) demonstram que a infecção traz sofrimento físico para o paciente e a sua família, manifestado através do estresse provocado pelo aumento no tempo de internação, principalmente quando não há informações claras sobre o quadro. (CUNHA, MOURA, ROCHA, 2013).

Também existe uma relação direta entre taxas de infecção e o tamanho da equipe, quanto menor a proporção de profissionais para os pacientes, maior o risco de IRAS.

Nesta perspectiva os desafios para o controle de infecção podem ser considerados coletivos e agrupados em: estrutura organizacional que envolve políticas governamentais, institucionais e administrativas, relações interpessoais no trabalho e normatização do serviço, batalha biológica que aborda a identificação de novos microrganismos e a ressurgência de outros, bem como a resistência aos antimicrobianos, envolvimento profissional, com enfoque para a falta de conscientização dos profissionais, adesão às medidas de controle e o comprometimento com o serviço e o paciente, capacitação profissional, destacando-se a educação continuada, epidemiologia das infecções e medidas de prevenção e controle. (CUNHA, MOURA, ROCHA, 2013).

Na prática, o que observamos é que os (as) enfermeiros (as) reconhecem esses desafios e sofrem com as dificuldades no controle das infecções. Entretanto, a busca de caminhos alternativos que avancem na perspectiva do controle das infecções é contínua.

O maior avanço nesta área é o investimento nos recursos humanos, tais recursos são imprescindíveis nesse processo e deve-se, portanto, requerer esforços para o seu constante aprimoramento nos diferentes métodos do controle de infecção.

A mudança de comportamento, fator indispensável ao controle de infecção, sendo necessária a motivação dos profissionais, promovendo debates, treinamentos, divulgação de informações. Entretanto, nossa experiência corrobora com as dificuldades encontradas para a mudança de comportamento dos profissionais da área de saúde, indicando-nos que é necessário um investimento na formação acadêmica.

Entendemos que atuar na formação dos profissionais de saúde é intervir num momento no qual estes estão construindo seus conhecimentos e desenvolvendo habilidades técnicas para o exercício profissional.

Devido ao relevante papel que a enfermagem exerce no controle da infecção hospitalar e visando a preparação da vida profissional dos estudantes de enfermagem, a prevenção e o controle de infecção também devem fazer parte da filosofia de formação profissional, tornando oportuno o saber-fazer e saber ser enfermeiro na prevenção e no controle de infecções hospitalares desde a formação acadêmica. As ações de extensão, que apresentam grande diversidade e derivam da natureza da instituição, têm a função de cultivar o saber, produzindo-o, disseminando-o e aplicando-o. (REIS, p.308, 2014)

Para o aluno recém-ingresso num curso superior na área de saúde, não se preciniza nenhum conhecimento específico das competências que compõem o perfil esperado desse profissional. A graduação é o momento propício de formação (maneira pela qual se constitui uma mentalidade, um caráter ou um conhecimento profissional) ao ensino do controle de infecção para os alunos da área da saúde.

Especialmente quando as políticas públicas de implantação do SUS e a mudança do modelo assistencial estão ocorrendo, a formação e a educação continuada representam os esforços que alavancarão o controle de infecção, na sua interdisciplinaridade e intersetorialidade. Caminha-se para um novo fazer de Enfermagem, com modelos de cuidados mais seguros. (REIS, 2014)

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste contexto o enfermeiro destaca-se por ser o profissional qualificado em assumir a o papel de orientador e educador da equipe de enfermagem e dos usuários dos serviços de saúde, realizando de forma qualificada a tocante à vigilância das infecções

hospitalares no setor do CC, ao caracterizar tais eventos numa abordagem local, ressaltando a importância de efetuar medidas de controle e prevenção, a fim de reduzir o indiscriminado uso de antibiótico empiricamente, conscientizar profissionais de saúde em relação à assepsia quando da realização de procedimentos invasivos, pensando em um centro cirúrgico mais seguro para tal se faz necessário possuir um atendimento clínico, observador, criterioso, humanizado, reafirmando e fortalecendo a relação enfermeiro (a) com a equipe de enfermagem, família e paciente.

A enfermagem cirúrgica busca profissionais que deve estar apto a resolver as situações enfrentadas no CC facilitando a resolução de problemas que podem acometer aos pacientes internados no período no setor.

No contexto da assistência de enfermagem cirúrgica, onde os pacientes são inevitável aplicação de procedimentos invasivos, a administração de antibióticos de amplo espectro e a seleção de microrganismos resistentes, a atenção às medidas preventivas reveste-se de redobrado significado.

Se no planejamento e implementação dos cuidados de enfermagem forem observadas as condições de risco conhecidas, as características do serviço e tratamento, as medidas de prevenção e controle estabelecidas em protocolos de confiabilidade comprovada, adicionada à adoção de educação continuada permanente para viabilizar a necessária atualização do conhecimento, sem dúvida, a qualidade da assistência estará garantida.

Lembrar que a lavagem das mãos continua merecendo um profundo estudo e destaque com vistas ao estabelecimento de estratégias que convençam a equipe de saúde sobre sua importância e sua consequente adoção na prática.

A expectativa é que as informações contidas neste artigo sejam motivo de discussão e reflexão das (os) enfermeiras (os) atuantes no CC. Desse modo, poderão contribuir para a possível reestruturação de rotinas do serviço e para a reflexão e embasamento da assistência prestada.

Técnicas que envolvem a equipe no processo de tomada de decisão, quanto aos protocolos de prevenção e controle, têm surtido efeitos positivos. Quanto maior o envolvimento de co-responsabilidade, maior a adesão aos protocolos estabelecidos sendo proveitoso para ocorrer mudanças de comportamento, além da necessidade do investimento na formação acadêmica no sentido de se estabelecer uma nova prática na prevenção e controle das IH.

Apesar dos profissionais terem intenção de orientar os cuidados para a saúde, repassam conhecimentos elaborados cientificamente, dificultando a compreensão dos

usuários. Na prática, observamos que os enfermeiros reconhecem esses desafios e sofrem o impacto decorrente das dificuldades encontradas para o controle das infecções. Sendo assim, torna-se fundamental a qualificação dos integrantes da equipe de saúde no que se refere ao conhecimento dos mecanismos de transmissão, aliados a ampliação dos recursos que favorecem a profilaxia da infecção hospitalar.

Entretanto, os estudos corroboram as dificuldades encontradas para a mudança de comportamento dos profissionais da área de saúde, indicando-nos que é necessário um maciço investimento na formação acadêmica.

Diante da problemática apresentada, torna-se essencial desenvolver ações educativas em saúde que façam parte do cotidiano de trabalho de enfermagem, sendo fundamental a qualificação dos integrantes da equipe no que se refere ao conhecimento dos mecanismos de transmissão, aliados a ampliação dos recursos que favorecem a profilaxia da infecção hospitalar.

A mudança de comportamento, no sentido de racionalizar procedimentos e aprimorar normas e rotinas, expressa condição indispensável ao controle de infecção, sendo necessária a motivação dos profissionais, bem como sua educação permanente em saúde.

Devido ao fato da infecção hospitalar ainda ser um tema bastante polêmico e pouco difundido, sugere-se a necessidade de desenvolvimento de novos estudos envolvendo profissionais de enfermagem em pesquisas de campo.

REFERÊNCIAS

- OLIVEIRA, Adriana C. Infecções Hospitalares. ed. Guanabara Koogan, 2005.
- MOURA, Maria Eliete Batista et al. Infecção hospitalar: estudo de prevalência em um hospital público de ensino. *Rev. bras. enferm.* [online]. 2007, vol.60, n.4, pp. 416-421. ISSN 1984-0446.
- ROSCANI, Alessandra Nazareth Cainé Pereira; FERRAZ, Edmundo Machado; OLIVEIRA FILHO, Antônio Gonçalves de e FREITAS, Maria Isabel Pedreira de. Validação de checklist cirúrgico para prevenção de infecção de sítio cirúrgico. *Acta paul. enferm.* [online]. 2015, vol.28, n.6, pp.553-565. ISSN 0103-2100.
- MANRIQUE, Blanca Torres et al. Segurança do paciente no centro cirúrgico e qualidade documental relacionadas à infecção cirúrgica e à hospitalização. *Acta paul. enferm.* [online]. 2015, vol.28, n.4, pp.355-360. ISSN 0103-2100.
- OURIQUES, Carla de Matos e MACHADO, Maria Élide. Enfermagem no processo de esterilização de materiais. *Texto contexto - enferm.* [online]. 2013, vol.22, n.3, pp.695-703. ISSN 0104-0707.

RIBEIRO, Julio Cesar et al. Ocorrência e fatores de risco para infecção de sítio cirúrgico em cirurgias ortopédicas. **Acta paul. enferm.** [online]. 2013, vol.26, n.4, pp.353-359. ISSN 1982-0194.

CAPÍTULO 4

EXERCÍCIOS FÍSICOS E IDOSOS: CONHECIMENTO DO PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA NA PRESCRIÇÃO

*PHYSICAL AND ELDERLY EXERCISES:
KNOWLEDGE OF THE PHYSICAL EDUCATION
PROFESSIONAL IN THE PRESCRIPTION*

*Patrick Luan Pilaty¹
Rafael Gemin Vidal²*

DOI: 10.46898/rfb.9786558890669.4

¹ Centro Universitário Vale do Iguaçu. patrick567pilaty@gmail.com.

² Centro Universitário Vale do Iguaçu. <https://orcid.org/0000-0002-5173-1095>. rafaelgemin@hotmail.com

RESUMO

O estudo teve por objetivo verificar qual o conhecimento do profissional de educação física na prescrição, controle e adequação de exercícios físicos para a população idosa, levantando os métodos utilizados por estes profissionais comparando-os com as diretrizes da American College of Sports Medicine (ACSM), verificando o número de idosos praticantes do treinamento físico. A pesquisa aplicada, qualiquantitativa, descritiva e de campo, investigou 10 academias do município de Canoinhas - SC, e seus respectivos professores, contemplando uma amostra não probabilística de 12 profissionais, sendo avaliados através de um questionário e suas respostas comparadas com base nas diretrizes do ACSM. Após a coleta, os dados foram analisados a partir da estatística descritiva. Ao final, considera-se que os profissionais estão de acordo com alguns estudos da área e com as Diretrizes do ACSM, tendo respostas adequadas quanto aos questionamentos que foram sujeitos. Desse modo, observa-se que os profissionais seguem de maneira satisfatória as recomendações de trabalho para a população idosa, apenas sugere-se que estejam mais atentos quanto às particularidades e individualidades biológicas destes alunos, e também se mantenham atualizados com as recomendações para trabalhar com os mesmos, levando em consideração que essa população merece dedicação e cuidados especiais.

Palavras-chave: Prescrição de Exercício. Exercício Físico. Idosos.

ABSTRACT

The purpose of the study was to verify if the physical education professional was able to prescribe, control and adapt physical exercises for the elderly population. The methods used by the professional were compared to the guidelines of American College of Sports Medicine (ACSM), verifying the number of elderly practitioners of physical exercises. The field research was quantitative quali, descriptive and field study, wich investigated 10 gyms and it's professionals in the city of Canoinhas SC, obtaining a non-probabilistic sample of 12 professionals, being rated through a questionnaire, their answers were compared to ACSM guidelines. After collecting, the datas were analyzed using descriptive statistics. At the end, it's possible to conclude that the professionals are in agreement with the researches of this área and with the ACMS guidelines, having reasonable answers about the questions asked before. It's observed that that the professionals follow satisfactorily the recommendations of work to the elderly population, although, it's suggested them to be more attentive to the biological individualities of those practitioners, and also being updated about the recommendations to work with them, considering that they desserve dedication and special cares.

Keywords: Prescription of exercise. Physical exercise. Elderly.

1 INTRODUÇÃO

Com o decorrer dos anos a preocupação com o crescimento da população idosa explanou-se em diversas áreas da saúde, a qualidade de vida na velhice entrou em discussão desde que índices demográficos entraram em fase de expansão. Dentro da qualidade de vida procuram-se meios onde o idoso busque trabalhar algumas de suas capacidades que estão entrando em processo degenerativo como, capacidade cardiorrespiratória, danos articulares, força muscular, dando ênfase a membros inferiores que são os de sustentação, doenças e disfunções como osteoartrite, processos inflamatórios e a osteoporose comum na fase de envelhecimento (OLIVEIRA; BETOLINI; MARTINS JUNIOR, 2014).

O exercício físico promove qualidade de vida e bem-estar ao indivíduo praticante. Bim et al. (2019) afirmam que um programa de exercícios para idosos composto por treinamento resistido com pesos, exercícios aeróbicos e alongamentos tende a apresentar um resultado estatístico de evolução considerável, desde que a carga e velocidade dos exercícios sejam consideradas de acordo com a individualidade biológica de cada indivíduo, e o alongamento, sendo executado em membros superiores e inferiores respeitando a flexibilidade tanto estática quanto dinâmica de cada pessoa.

O profissional de Educação Física precisa ter em mente a importância dos seus conhecimentos básicos para a profissão, tais esses que se abordam em disciplinas como anatomia, fisiologia do exercício, biomecânica, entre outros, e os conhecimentos específicos, ou seja, aqueles em que o profissional irá buscar aprofundar o conhecimento da área que deseja trabalhar. Para o trabalho com o público idoso essa tarefa não se torna menos importante, é preciso ter conhecimentos sobre o público alvo, bem como saber prescrever treinamentos respeitando suas limitações e individualidades (DIAS, 2018).

Diante do exposto, questiona-se: Qual o conhecimento do profissional de Educação Física atuante na academia sobre prescrição de treinamento para idosos? Este trabalho teve como objetivos analisar o conhecimento do profissional de Educação Física atuante na academia, sobre a prescrição de treinamento para idosos, realizar um levantamento dos métodos utilizados pelo professor, comparando-os com as diretrizes da ACSM e verificar o número de idosos praticantes do treinamento físico.

Portanto, justifica-se o estudo a seguir, visando discutir a importância desse tipo de atividades e a qualidade de vida na terceira idade, a busca pelo exercício físico no envelhecimento torna-se fundamental para a formação de uma programação de saúde efetiva, contribuindo para evitar várias doenças e processos negativos que esta fase da vida apresenta para o indivíduo. A prática regular de exercício físico atrelado a musculação, portanto, visa à qualidade de vida e é de extrema importância na fase

da terceira idade. A partir dos estudos realizados, além de contribuírem para o crescimento acadêmico e do futuro profissional de Educação Física, auxiliam na socialização do mesmo.

2 METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa aplicada, qualiquantitativa, descritiva e de campo. A pesquisa abrangeu todas as academias da cidade de Canoinhas-SC, totalizando 10 academias que atendem à públicos variados, algumas contendo aulas específicas para idosos. A população do presente estudo foi composta por todos os profissionais formados atuantes nas academias na cidade de Canoinhas-SC totalizando em uma amostra de 12 professores pesquisados. Foram excluídos da amostra profissionais que atuem exclusivamente como personal training, ou estagiários.

Aos indivíduos que aceitaram participar deste estudo foi dada uma explicação verbal sobre os objetivos da pesquisa, bem como um esclarecimento sobre todos os procedimentos que foram realizados, dando-lhes total liberdade e resguardando o sigilo das suas respostas, da sua identidade, assim como a privacidade do seu anonimato. Foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, informado em duas vias, o qual precisou ser assinado tanto pelo pesquisador quanto pelos colaboradores, firmando assim o vínculo ético necessário para a realização desta pesquisa. A metodologia proposta foi formulada respeitando as resoluções 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, onde foi encaminhado para o Núcleo de Ética e Bioética do Centro Universitário Vale do Iguaçu - Uniguaçu tendo aprovação com o protocolo de referência 2020/111.

Como instrumento de pesquisa foi utilizado um questionário, elaborado para a pesquisa, contendo 8 perguntas abertas e fechadas destinadas aos profissionais de Educação Física, visando seus conhecimentos e condutas quanto a prescrição de treinamento para os idosos. Os levantamentos do número de idosos praticantes de exercícios físicos foram realizados a partir do banco de dados dos sistemas que as academias trabalham.

Aos dados obtidos foi aplicado estatística descritiva, obtendo-se média, desvio padrão e frequência das respostas dos profissionais. Para análise qualitativa, o presente estudo teve como base as diretrizes do *American College of Sports Medicine (ACSM)*, utilizando como critério de comparação das condutas sugeridas pelo órgão e as adotadas pelos profissionais participantes da pesquisa.

3 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Participaram da pesquisa um total de 12 professores de educação física atuantes como instrutores de exercício físico em academias, sendo 2 professores de sexo feminino e 10 professores do sexo masculino. As academias atendem um total de 295 idosos, sendo esta população do sexo masculino e feminino.

Os participantes da atual pesquisa, quando indagados sobre se sentir apto e seguro para prescrever exercícios físicos para idosos, 80% responderam de maneira positiva, sendo que outros 20% sentem-se muito aptos, o que leva a considerar o conhecimento e confiança que os mesmos têm em seu trabalho.

É válido ressaltar que existem vários cuidados antes de prescrever um exercício para a população idosa, pois está se encontra entre o grupo de pessoas menos ativa fisicamente, mas os resultados do exercício físico para este grupo apresentam resultados benéficos, por essa razão é de grande importância o acompanhamento de profissionais capacitados para trabalhar, os quais deverão compreender as necessidades pessoais e o histórico clínicos e fisiológico em que o indivíduo se encontra, para que assim realize a prescrição de exercícios de forma adequada e segura obedecendo e respeitando os aspectos biológicos, psicológicos e sociológicos do envelhecimento (SANTOS, 2018).

Diferentemente do atual estudo, um levantamento realizado por Quadros et al. (2000), com 19 profissionais de educação física de ambos os gêneros, também atuantes de academias, os resultados não foram positivos, observando que os mesmos não possuíam conhecimento sobre as variáveis metodológicas do treinamento de força aplicados em idosos, e que essas são necessárias para que se tenham resultados com mais garantia. Ainda sobre o mesmo tema, outro estudo aponta que o conhecimento dos profissionais quanto a exercícios aeróbicos e de treinamento resistido para esta população são baixos, recomendando maior capacitação para os professores (CESCHINI et al., 2018).

Quando questionados sobre a importância da avaliação física para a prescrição do treinamento, os entrevistados responderam se antes de elaborar uma prescrição para idosos, e no decorrer do treinamento, costumam realizar avaliações físicas, 60% diz sempre realizar, já 40% realiza na maioria das vezes, quanto à frequência, essa se dá em média, uma avaliação a cada três meses, mesmo não tendo tanta frequência não deixam de realizá-la. Sobre as variáveis que costumam avaliar, 100% avalia as circunferências, 90% avaliam o percentual de gordura, 70% a pressão arterial, 60% a flexibilidade e as dobras cutâneas, 40% avaliação funcional, e 20% a força muscular e capacidade aeróbica, podendo marcar outra opção, apenas 10% respondeu que realiza avaliação da bioimpedância.

Conforme a ACSM (2014), antes de realizar a prescrição de um treinamento é necessário fazer uma avaliação física, além de solicitar uma avaliação médica, indicando o estado de saúde em que se encontra o indivíduo, se este está apto para a realização de exercícios e se há alguma contraindicação em determinado movimento. Completa Santos (2018), quanto aos objetivos de uma avaliação física estão questões de conhecimento das necessidades pessoais do cliente, a identificação de patologias e evitar o aparecimento ou desenvolvimento de lesões, a orientação de um trabalho específico e individualizado, a avaliação do nível de condicionamento físico e a verificação das limitações músculo-esqueléticas. Realizar avaliações principalmente funcionais, e das capacidades de força e aeróbica na população de idosos torna-se de grande importância para a escolha do melhor tipo de intervenção e monitorização do estado em que o indivíduo se encontra para realizar os movimentos e exercícios prescritos (BARBOSA et al., 2014).

Levanto em conta as principais capacidades físicas que sofrem degeneração com o processo de envelhecimento, 40% dos profissionais pesquisados não realizam avaliação da flexibilidade, 60% não avalia a capacidade funcional (importante em atividades da vida diária), e 80% não avalia a força muscular e capacidade aeróbica, fatores importantes a serem controlados. Diante destes dados, sugere-se que os profissionais adequem suas avaliações conforme o público ao qual está sendo aplicada.

“Como o envelhecimento fisiológico não ocorre de modo uniforme entre a população, indivíduos com a mesma idade cronológica podem ter diferenças dramáticas em suas respostas ao exercício” (ACSM, 2014, p.260).

Questionados quanto quais exercícios costumam prescrever para idosos, e qual a frequência de cada um deles, os participantes responderam da seguinte forma, 80% dos profissionais realiza a prescrição de exercícios de treinamento funcional, alongamentos, caminhadas, exercícios de coordenação motora e força muscular.

Questionados sobre o tipo de fibras musculares que apresentam maior perda pela população de idosos, levando em consideração o envelhecimento como um processo degenerativo que acomete ao corpo humano uma série de declínios, 80% dos entrevistados responderam que são as fibras do tipo IIa que sofrem maior perda, 30% afirma ser fibras do tipo IIx e somente 10% diz ser fibras do tipo I.

Conforme a resposta obtida, é preciso que os profissionais tenham mais clareza sobre o assunto. Sarcopenia é o termo utilizado para definir a perda progressiva da massa muscular e da força dos indivíduos, conforme De Paula (2017), o tipo de fibra muscular que sofre mais perda é o tipo II, das fibras de contração rápida. Acrescenta Aparício (2018), que ocorre pela idade avançada uma atrofia pela perda de fibras

musculares, e que essa perda diz respeito aos tipos de fibras existentes, afetando principalmente as do tipo II, pois quando deixam de ser inervadas, elas são substituídas por gordura e tecido conjuntivo, tendo o seu tamanho reduzido, enquanto as fibras do tipo I (de contração lenta), são menos afetadas. Sendo as fibras do tipo II diferenciadas em tipo IIa e IIx, as mais degradadas são as IIx, sendo as do tipo IIa consideradas intermediárias.

Sendo a osteoporose uma doença degenerativa de perda gradual de tecido ósseo, muito presente na população idosa, sobretudo em mulheres, foram questionados sobre quais exercícios ajudam na prevenção desta doença, para 80% são exercícios de treinamento resistido que promovem fortalecimento articular e muscular, e para 40% são exercícios realizados em piscinas, devido ao baixo impacto.

Os exercícios de treinamento resistido apontam resultados positivos quanto a indivíduos com osteoporose, pois tendem a obter maior efeito no metabolismo ósseo e são considerados altamente osteogênicos, diminuindo riscos de quedas, fraturas e uma melhora no equilíbrio, porém faz-se necessário controlar a força de tensão e de impacto sobre o osso, atividades essas que não ocorrem na água devido a lei da gravidade (STORY, 2018).

Conforme as Diretrizes do ACSM (2014, p. 375):

Atualmente não há diretrizes estabelecidas a respeito de contraindicações para o exercício em indivíduos com osteoporose. A recomendação geral é prescrever exercício de intensidade moderada que não cause ou aumente a dor. Os exercícios que envolvam movimentos explosivos ou cargas de alto impacto devem ser evitados, assim como os exercícios que causem torção, dobras ou compressão da coluna.

Apontam ainda que quando há aumento de queda deve-se incluir exercícios para trabalhar o equilíbrio. Os exercícios aeróbicos são comumente mais procurados pela população de idosos, entre eles os mais praticados são a caminhada e a hidroginástica (CORINO et al., 2018).

Quanto ao padrão de volume e intensidade trabalhados na prescrição de exercícios aeróbicos entre os entrevistados, 100% das respostas se deu por intensidade e volume baixo/ moderado, acrescentando que varia a prescrição de acordo com o biotipo do indivíduo.

Conforme as Diretrizes do ACSM (2014), o tempo para a realização de exercícios aeróbicos pode variar entre sessões de 10 min, ou uma intensidade moderada trabalhando de 30 a 60 min, e intensidade vigorosa que totalize de 75 a 100 min por semana, sendo assim a intensidade trabalhada vai da escala de percepção subjetiva de esforço entre moderada para vigorosa com uma frequência de três a cinco dias semanais.

Questionados sobre o padrão de volume e intensidade trabalhados na prescrição de exercícios de força e qual a faixa de repetições utilizadas pelos entrevistados 90% afirmam que esse fator depende do objetivo do idoso, e qual o quadro de saúde em que este se encontra, variando volume e intensidade bem como o número de repetições. Já 10% monta o treinamento com 2 séries para cada grupo muscular de 6 a 12 repetições.

A força também apresenta diminuição quando o indivíduo chega na terceira idade, com isso os exercícios que trabalham esse quesito devem ter uma frequência de 2 dias semanais, com intensidade leve no início de um treinamento, podendo variar de moderada para vigorosa conforme as respostas do indivíduo de maneira progressiva, a recomendação é que sejam realizadas 1 série de 10 a 15 repetições trabalhando os principais grupos musculares (ACSM, 2014).

Adequando os dados da atual pesquisa as diretrizes da ACSM, nota-se que é importante o profissional atuante na academia esclarecer ao aluno idoso sobre o processo de envelhecimento, adequando as cargas de trabalho, levando em conta a perda do tipo de fibra IIX e da capacidade aeróbica. Portanto, ao prescrever o treinamento de força, os objetivos do treinamento devem ser elaborados em concordância do atual estado de saúde do aluno e das perdas características da fase da vida em que se encontra.

Conforme estudos da ACSM (2014) ocorre uma diminuição no fator flexibilidade para a população de idosos, seguindo de recomendações para o volume e intensidade dos exercícios, com uma frequência de 2 dias semanais e o alongamento seja até o ponto em que o indivíduo sinta que esteja forçando ou tenha desconforto, mantido entre 30 a 60 segundos, através de movimentos lentos, com insistência estática trabalhando cada grupo muscular principal.

Os entrevistados responderam sobre o padrão de volume e intensidade que trabalham quando prescrevem exercícios de alongamento para idosos, chegando a um resultado de 100% das respostas afirmando que os volumes a intensidade são trabalhados de acordo com as limitações articulares e o encurtamento que cada aluno apresenta, tendo um início de volume e intensidade baixa/ moderada podendo aumentar progressivamente ou diminuir decorrente as respostas de cada indivíduo em particular.

É válido ressaltar que o excesso de exercício ou a sua prática realizada de maneira incorreta é prejudicial em qualquer idade, principalmente para os idosos, podendo causar lesões e traumas que dificilmente serão regenerados, fazendo o indivíduo abandonar as atividades que realizam, mas apesar dos riscos existentes, os benefícios se apresentam de forma significativa para essa população, levando a uma melhora na qualidade de vida e aumentando a independência no seu cotidiano (SANTOS, 2018).

Conforme a pesquisa os profissionais entrevistados se sentem confiantes e aptos para o trabalho que realizam, porém ainda é tida pouca resposta quanto a importância de avaliações para a prescrição de exercícios adequados para a população em estudo, o que leva a falta de conhecimento e de clareza em algumas questões. O curso de educação física realiza a formativa de novos profissionais, mas espera-se que esses procurem por especializações para acrescentar em seus conhecimentos e garantir prescrições de treinamento coerentes.

Estando de acordo com outros estudos sobre a temática e as Diretrizes do ACSM em alguns dos questionamentos aos quais foram expostos, é possível afirmar que esse é um fator positivo, entretanto, recomenda-se que esses busquem por cursos e especializações para trabalhar com a população idosa, assim garantirão resultados satisfatórios e irão alavancar na profissão. O estudo se limitou em investigar a realidade de professores atuantes como instrutores de academias em apenas uma cidade, dados que investiguem treinadores personalizados e outras regiões do país podem complementar uma visão mais holística sobre a temática.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base no objetivo proposto e na análise e interpretação dos dados coletados, considera-se que todos os participantes estão seguros e se sentem aptos para a profissão que exercem, mesmo tendo como embasamento estudos na área de educação física onde os profissionais apontam não ter conhecimentos suficientes quanto à profissão. Apesar de realizarem avaliação física em seus alunos, não são todos que realizam com frequência, também as variáveis avaliadas deixam a desejar.

Foi possível verificar que em sua maioria, os profissionais optam pela prescrição de exercícios funcionais, também que não tem conhecimentos sobre os tipos de fibras musculares, não sabendo diferenciá-los quanto sua ação no organismo principalmente da população de idosos. Já para a prescrição de exercícios levando em consideração o volume e a intensidade, em exercícios aeróbicos, de força e de alongamento, os profissionais encontram-se de acordo com as diretrizes, precisando realizar pequenos ajustes nos mesmos.

Desse modo, observa-se que os profissionais seguem de maneira satisfatória as recomendações de trabalho para a população idosa, apenas sugere-se que estejam mais atentos quanto às particularidades e individualidades biológicas destes alunos, e também se mantenham atualizados com as recomendações para trabalhar com os mesmos, levando em consideração que essa população merece dedicação e cuidados especiais.

REFERÊNCIAS

American College of Sports Medicine. Diretrizes do ACSM para os testes de esforço e sua prescrição. Tradução Dilza Balteiro Pereira de Campos. – 9. ed. – Rio de Janeiro: Guanabara, 2014.

APARÍCIO, Shoraya Teixeira. A fisiologia do exercício e sua contribuição para a saúde do idoso. 2018. Disponível em: <<http://idaam.siteworks.com.br/jspui/handle/prefix/91>>. Acesso em: 29 set, 2020.

BARBOSA, Bruno Rossi et al. Avaliação da capacidade funcional dos idosos e fatores associados à incapacidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 19, p. 33173325, 2014. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/csc/2014.v19n8/33173325/pt/>>. Acesso em: 28 set, 2020.

BIM, M. et al. Efeitos de um programa de exercícios físicos no perfil antropométrico e aptidão física de idosos. Seminário de Iniciação Científica, Seminário Integrado de Ensino, Pesquisa e Extensão e Mostra Universitária, 2019. Disponível em: <<https://portalperiodicos.unoesc.edu.br/siepe/article/download/22267/13459>>. Acesso em: 20 mar, 2020.

CARVALHO, D.A.; BRITO, A.F.; SANTOS, M.A.P.; NOGUEIRA, F.R.S.; SÁ, G.M.; OLIVEIRA NETO, J.G.; MARTINS, M.C.C.; SANTOS, E.P. Prevalência da prática de exercícios físicos em idosos e sua relação com as dificuldades e a falta de aconselhamento profissional específico. *Rev. bras. Ci. e Mov* 2017;25(1):29-40. V. 25, n. 1. Disponível em: <<https://portalrevistas.ucb.br/index.php/RBCM/article/view/6467>>. Acesso em: 12 abr, 2020.

CESCHINI, Fábio et al. Conhecimento dos profissionais de educação física sobre prescrição do exercício aeróbico e resistido para idosos. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, v. 24, n. 6, p. 465-470, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S151786922018000600465&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 27 set, 2020.

CORINO, Maiara de Freitas et al. Prática de exercícios e qualidade de vida de idosos de Rio Pomba – MG. *Revista Científica FAGOC-Saúde*, v. 3, n. 1, p. 59-66, 2018. Disponível em: <<https://revista.unifagoc.edu.br/index.php/saude/article/view/346>>. Acesso em: 02 de set, 2020.

DE OLIVEIRA, D. V.; BERTOLINI, S. M. M. G.; JÚNIOR, J. M. Qualidade de vida de idosas praticantes de diferentes modalidades de exercício físico. *ConScientiae Saúde*, v. 13, n. 2, p. 187-195, 2014. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=929/92931451004>>. Acesso em: 20 mar, 2020.

DE PAULA, Roger Hungria. Efeitos da autonomia funcional de idosos sobre a fadiga muscular. *Fisioterapia Brasil*, v. 9, n. 1, p. 33-38, 2017. Disponível em: <<http://portalatlanticaeditora.com.br/index.php/fisioterapiabrasil/article/view/1606>>. Acesso em: 04 de set, 2020.

DIAS, M. F. Fatores que contribuem para adesão e desistência de um programa de atividades físicas para idosos. 108f. Dissertação (Mestrado em Educação Física)

- Universidade de Brasília, 2018. Disponível em: <repositorio.se.df.gov.br/handle/123456789/1173>. Acesso em: 12 abr, 2020.

FERREIRA, M. E. R. et al. Treinamento Resistido Na Qualidade De Vida De Idosos. Revista Saúde e Meio Ambiente, v. 8, n. 1, p. 52-62, 2019. Disponível em:<<https://fan.com.br/site/wp-content/uploads/2019/07/treinamento-resistido-naqualidade-de-vida-de-idosos-ferreira-et-al-2019.pdf>>. Acesso em: 10 de abr, 2020.

MARI, F. R.; ALVES, G. G.; AERTS, D. R. G. C.; CAMARA, S. (2016). O processo de envelhecimento e a saúde: o que pensam as pessoas de meia-idade sobre o tema. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia. 2016. V. 19, n. 1, ISSN: 18099823. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/pdf/4038/403844773004.pdf>>. Acesso em: 11 de abr, 2020.

MIRANDA, G.M.D.; MENDES, A.C.G.; SILVA, A.L.A. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. Ver. Bras. GeriatrGerontol. 2016. V. 19, n. 3, ISSN 1981-2256. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php?pid=S180998232016000300507&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 11 abr, 2020.

QUADROS, Ayran Matos; SCHWATEY, GracyMariele; DE ARAÚJO FARIAS, Déborah. Conhecimento da manipulação das variáveis metodológicas do treinamento de força entre os profissionais de Educação Física. RBPFEEX- Revista Brasileira De Prescrição E Fisiologia Do Exercício, v. 12, n. 75, p. 426-436, 2018. Disponível em: <<http://www.rbpfex.com.br/index.php/rbpfex/article/view/1430>>. Acesso em: 27 set, 2020.

REGISTRE, F. Treinamento de força em idosos reverte a sarcopenia. 2019. 85 f. Dissertação (Mestrado em Saúde e Nutrição) - Escola de Nutrição, Universidade Federal de Ouro Preto, Escola de Nutrição, Ouro Preto, 2019. Disponível em: <https://www.repositorio.ufop.br/bitstream/123456789/11755/1/DISSERTAÇÃO_Treinamento-ForçaIdosos.pdf>. Acesso em: 10 abr, 2020.

SANTOS, C. G. F. S. Percepção do nível de conhecimento do profissional de educação física para atendimento do idoso na academia. 2019. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Educação Física) - Faculdade de Ciências da Educação e Saúde, Centro Universitário de Brasília, Brasília, 2019. Disponível em: <<https://repositorio.uniceub.br/jspui/handle/prefix/13859>>. Acesso em: 11 de abr, 2020.

SANTOS, Wilian Jackson Moura. Benefícios da prescrição do exercício físico para o idoso. 2018. Disponível em: <<https://repositorio.pgsskroton.com.br/bitstream/123456789/20470/1/WILLIAN>>

STORY, Regina Martins. Exercício e Osteoporose: Efeitos dos diferentes tipos de exercício sobre a saúde óssea. 2018. Disponível em: <<http://treinamentoresistido.com.br/wp-content/uploads/2018/11/TRABALHOCOMPLETO-TCC.pdf-Regina.pdf>>. Acesso em: 28 set, 2020.



CAPÍTULO 5

A INFLUÊNCIA DA PRÁTICA DO BOXE CHINÊS NO DESENVOLVIMENTO MOTOR DE UMA CRIANÇA AUTISTA

*THE INFLUENCE OF CHINESE BOXING
PRACTICE ON THE MOTOR DEVELOPMENT OF
AN AUTISTIC CHILD*

*Milena Rodrigues¹
Rafael Gemin Vidal²*

DOI: 10.46898/rfb.9786558890669.5

¹ Centro Universitário Vale do Iguaçu. edf-milenarodrigues@uniguacu.

² Centro Universitário Vale do Iguaçu. <https://orcid.org/0000-0002-5173-1095>. rafaelgemin@hotmail.com.

RESUMO

O Transtorno do Espectro Autista é caracterizado por causar interferências nas interações sociais, que podem gerar problemas mais severos afetando a aprendizagem e a adaptação dos indivíduos. Déficits motores são características comuns desse transtorno, assim é necessário realizar intervenções utilizando abordagens que estimulem todas as áreas do desenvolvimento motor. As artes marciais, assim como o Boxe Chinês são extremamente benéficas pois durante suas aulas as crianças com Autismo podem melhorar a coordenação motora e explorar o domínio corporal. Desta forma a presente pesquisa utilizou a modalidade de Boxe Chinês para aferir as mudanças que poderiam ocorrer na coordenação motora de um menino autista de 6 anos, onde ele passou por uma bateria de testes motores propostos por Rosa Neto e em seguida passou por uma intervenção de 20 aulas de Boxe Chinês, e por fim mais uma bateria de testes motores, onde foi possível perceber uma evolução em duas das suas 7 capacidades motoras, sendo elas o esquema corporal e a organização temporal, o que resultou em uma evolução de 4 meses em seu desenvolvimento motor que inicialmente estava 10 meses atrasado. Assim é possível afirmar que as artes marciais assim como o Boxe chinês tem influências positivas no desenvolvimento motor de crianças autistas.

Palavras-chave: Transtorno do Espectro autista. Desenvolvimento Motor. Boxe Chinês.

ABSTRACT

Autism Spectrum Disorder is characterized by causing interference in social interactions, which can generate more severe problems affecting the learning and adaptation of individuals. Motor deficits are common characteristics of this disorder, so it is necessary to perform interventions using approaches that stimulate all areas of motor development. Martial arts as well as Chinese Boxing are extremely beneficial because during their classes children with Autism can improve motor coordination and explore body mastery. Thus, this research used the Chinese Boxing modality to coordinate and explore body mastery. Thus, this research used the Chinese Boxing modality to measure the changes that could occur in the motor test proposed by Rosa Neto and then underwent an intervention of 20 classes of Chinese Boxing, and finally another battery of motor tests, where it was possible to perceive an evolution in two of its 7 motor capacities, being the body scheme and temporal organization, which resulted in an evolution of 4 months in its motor development that was initially 10 months late. Thus it is possible to affirm that the arts as well as Chinese Boxing have positive influences on the motor development of autistic children.

Keywords: Autism Spectrum Disorder. Motor Development. Chinese Boxing.

1 INTRODUÇÃO

O autismo, também conhecido como transtornos do espectro autista, ou TEAs, é um transtorno que tem como maior característica a interferência causada nas interações sociais, onde pode ser muito severa, levando a problemas gerais afetando a aprendizagem e a adaptação dos indivíduos (VOLKMAR; WIESNER, 2017).

A síndrome inicialmente era chamada de “síndrome da resistência as mudanças”, onde muitas vezes a criança tinha muita resistência a hábitos novos, sempre realizando tarefas iguais, como sempre usar as mesmas roupas, sempre utilizar o mesmo caminho à escola ou sempre se alimentar de algo específico em um horário específico, ou seja, determinando padrões de rotina, muitas vezes entrando em pânico caso algo ocorresse fora de sua rotina. Esta resistência a mudanças também ocorre em aspectos físicos, pois foi observado nessas crianças alguns comportamentos motores muito comuns como andar na ponta dos pés, chacoalhar as mãos e balançar o corpo para frente e para trás (VOLKMAR; WIESNER, 2017).

Os déficits motores são características marcantes das perturbações do espectro autista, e deve-se considerar que o tratamento contenha intervenções visando melhorar esses déficits, incluindo exercícios que provoquem o estímulo da coordenação motora como o equilíbrio, funções do braço e planejamento do movimento (CORREDEIRA et al, 2015). Assim podemos considerar que as artes marciais podem promover um estímulo positivo no desenvolvimento motor de crianças com autismo, pois segundo Santos (2013), as artes marciais são muito benéficas para seus praticantes, influenciando diretamente no desenvolvimento motor, pois durante a infância possibilita as crianças conhecerem novos movimentos, melhorar a coordenação e explorar o domínio corporal, levando-as a aperfeiçoar as suas habilidades corporais.

A cada dia surgem mais estudos sobre esportes adaptados a pessoas com necessidades especiais, porém ainda são poucos os voltados aos autistas, principalmente sobre a sua inserção em aulas e treinos de artes marciais, esses que trazem inúmeros benefícios as pessoas que praticam com frequência, sendo um deles um bom desenvolvimento motor. Desta forma foi elaborada a seguinte questão problema: Qual a influência que o Boxe Chinês pode ter no desenvolvimento motor de uma criança autista? E para resolver esta questão a presente pesquisa realizará um estudo de caso, onde será avaliado a capacidade motora na criança, em seguida ocorrerá uma intervenção onde será aplicada algumas aulas de Boxe Chinês para a criança e na sequência analisar os efeitos do treinamento nesta capacidade.

A intenção desta pesquisa é fornecer novos conhecimentos para a educação física, provando que as artes marciais, no caso o Boxe Chinês podem ser muito efetivos no

tratamento de pessoas autistas, assim fornecendo novos conhecimentos que possam contribuir com a comunidade científica e influenciar cada vez mais os profissionais de educação física, não só os que trabalham com artes marciais mas sim de todas as áreas a adaptarem suas aulas para que todos os tipos de públicos possam participar delas e desfrutar de seus muitos benefícios.

2 METODOLOGIA

A pesquisa caracteriza-se por ser de campo, do tipo aplicada, quantitativa, descritiva, experimental e um estudo de caso. O participante do estudo foi um menino de 6 anos, previamente diagnosticado com autismo pela comunidade médica.

Inicialmente foi realizado uma avaliação motora proposta por Rosa Neto (2002), onde ocorreram seis etapas do teste, abrangendo as seguintes áreas da motricidade humana: motricidade fina, motricidade global, equilíbrio, esquema corporal, organização espacial, organização temporal. E também possui testes de lateralidade. A avaliação possui teste diferentes para cada faixa etária entre 2 a 11 anos de idade, onde o grau de complexidade vai evoluindo conforme a idade. Em seguida foi realizada a intervenção, onde ocorreram duas aulas semanais, com duração de uma hora durante dois meses, para poder verificar se as aulas tiveram resultados. Durante as aulas foram trabalhados exercícios de fortalecimento, alongamentos e os específicos do boxe chinês como socos e chutes, sempre utilizando a ludicidade para que o aluno continuasse interessada nas aulas.

A pesquisa foi aplicada na academia Corpo em Ação, na cidade de União da Vitória, Paraná. Ela disponibilizou todos os materiais necessários para aplicação da pesquisa, exceto os necessários para a aplicação dos testes motores, que foram construídos. Os materiais disponíveis foram tatame, manoplas, aparadores de chute, raquetes, entre outros, também disponibilizou banheiros e água encanada caso fosse necessário.

Os treinos tiveram a duração de 20 aulas, sendo divididas em duas por semana durante dois meses, porém por motivos pessoais do aluno, que precisou faltar em alguns dias, foi necessário repor estes treinos. Os treinos foram realizados nas quartas e sextas-feiras, às 9h, iniciando no dia 15 de julho e sendo concluído no dia 23 de setembro. Os testes foram aplicados no primeiro e no último dia dos treinamentos.

A tabulação de dados consiste em uma reprodução gráfica dos dados obtidos em cada um dos testes, assim mostrando de uma forma simples a comparação dos diferentes aspectos do perfil motor (ROSA NETO, 2002), sendo a comparação dos dados feita através de estatística descritiva, apresentando a porcentagem o comportamento dos aspectos motores do participante.

Aos responsáveis pelo participante que aceitaram participar deste estudo foi dada uma explicação verbal sobre os objetivos da pesquisa, bem como um esclarecimento sobre todos os procedimentos realizados, dando-lhes total liberdade e resguardando o sigilo das suas respostas, das suas identidades, assim como a privacidade do seu anonimato. Foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO A), informado em duas vias, o qual foi assinado tanto pelo pesquisador quanto pelos responsáveis pelo colaborador, firmando assim o vínculo ético necessário para a realização desta pesquisa. A metodologia proposta foi formulada respeitando as resoluções 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e encaminhado ao Núcleo de Ética e Bioética do Centro Universitário Vale do Iguaçu (UNIGUAÇU), aprovado sob o número de protocolo 2020/108.

3 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Participou deste estudo um menino de seis anos, diagnosticado com Transtorno do Espectro Autista (Autismo), que inicialmente passou por uma bateria de testes propostos por Rosa Neto (2002), avaliando sete aspectos de sua motricidade. Após a coleta dos dados eles foram calculados em conformidade com a escala motora, apresentada em meses, sendo que cada capacidade deve equivaler aos meses que o avaliado possui, sendo possível identificar atrasos ou avanços em relação a idade cronológica. Com base nos dados de cada capacidade é possível calcular a idade motora geral.

Desta forma foi possível perceber que o participante da atual pesquisa apresentou um atraso de 10 meses em seu desenvolvimento, como possível observar na tabela 1, sendo a única capacidade motora que correspondia a sua idade a motricidade global e as demais capacidades correspondiam a 5 anos de idade (Figura 1).

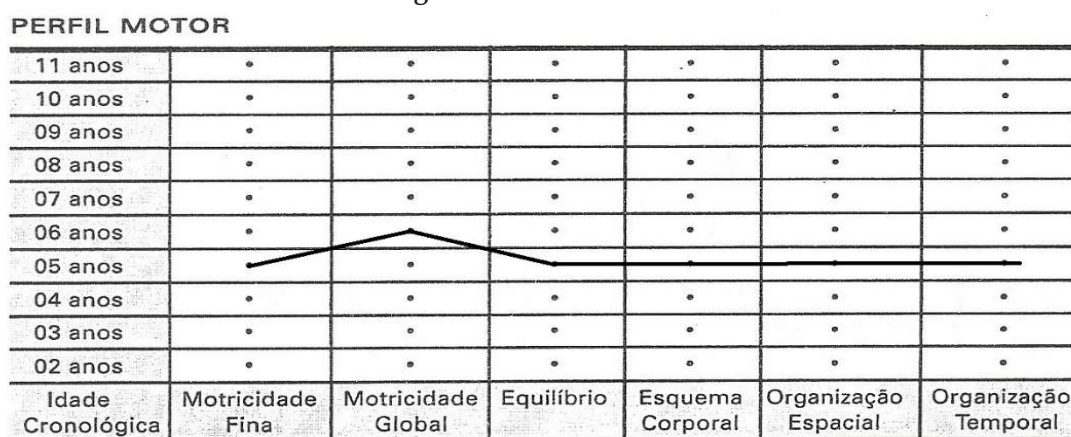
Outro resultado que a escala motora fornece é o quociente motor, com o resultado dele é possível identificar se a criança possui um desenvolvimento, “Muito Superior”, “Superior”, “Normal Alto”, “Normal Médio”, “Normal Baixo”, “Inferior” ou “Muito inferior”. No primeiro teste realizado o Quociente motor do participante foi de 86 meses, o que equivale a um desenvolvimento “Normal Baixo”, e após a intervenção realizada o Quociente motor aumentou para 91 (Tabela 2), que equivale a um desenvolvimento “Normal Médio”, apresentando uma tendência que a intervenção realizada com o Boxe Chinês teve efeitos positivos em seu desenvolvimento.

Tabela 1 – desenvolvimento motor inicial

Variável	Resultado
IDADE CRONOLÓGICA	72 MESES
IDADE MOTORA GERAL	62 MESES
QUOCIENTE MOTOR	86 MESES
IDADE POSITIVA (+)	0 MESES
IDADE NEGATIVA (-)	10 MESES

Fonte: Os autores, 2020.

Figura 1 – Perfil motor inicial



Fonte: Rosa Neto, 2002.

Imediatamente após a avaliação inicial o participante foi submetido as aulas de Boxe Chinês na intenção de aprimorar suas capacidades motoras. Em cada aula buscou-se trabalhar cada uma de suas capacidades motoras através de brincadeiras aliadas as técnicas da modalidade, buscando sempre manter o aluno interessado e dedicado as aulas. Por se tratar de um estudo de caso, problemas relacionados a aplicação da pesquisa foram encontrados, em parte das aulas o avaliado não se mostrou interessado nas atividades propostas, mostrando muita resistência na maior parte do tempo, chorando e gritando.

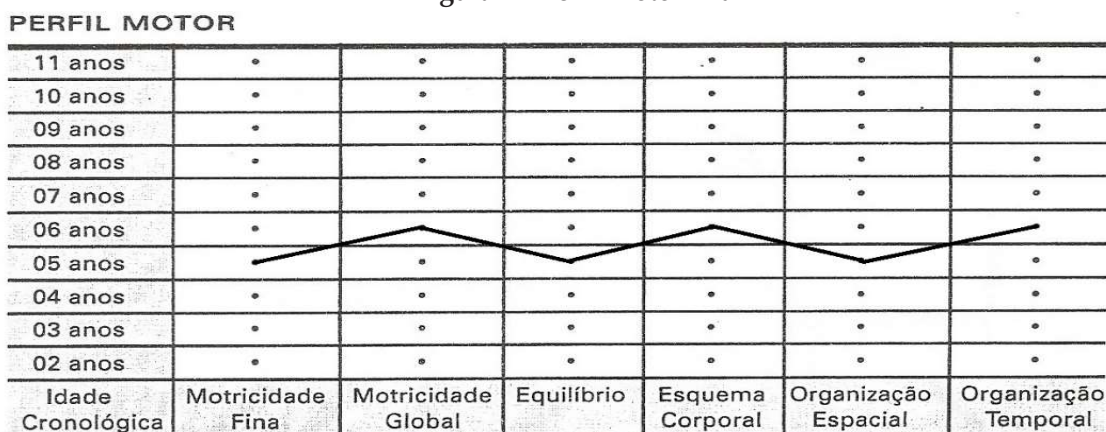
Apesar da resistência apresentada houve uma evolução em duas de suas capacidades motoras, sendo elas o esquema corporal e a organização temporal, o que resultou em uma evolução de 4 meses em seu desenvolvimento motor, como exposto na tabela 2 e figura 2.

Tabela 2 – Desenvolvimento motor final

Variável	Resultado
IDADE CRONOLÓGICA	72 MESES
IDADE MOTORA GERAL	66 MESES
QUOCIENTE MOTOR	91 MESES
IDADE POSITIVA (+)	0 MESES
IDADE NEGATIVA (-)	6 MESES

Fonte: Os autores, 2020.

Figura 2 – Perfil motor final



Fonte: Rosa Neto, 2002.

Noções de tempo e espaço (Organização Espacial e Temporal), são consideradas por Mélo e Santos (2018) bases para um bom desenvolvimento motor, cognitivo e social de uma criança, porém necessitam que as noções de Esquema Corporal estejam adaptadas, assim afirmam que as alterações na percepção do espaço são causadas pela falta de compreensão do espaço corporal (Esquema Corporal). Ou seja os autores afirmam que para ter um desenvolvimento favorável na Organização Temporal e Espacial é necessário primeiramente desenvolver o Esquema Corporal, e através do presente estudo foi possível gerar uma adaptação no Esquema Corporal do avaliado, o que possivelmente causou a evolução na sua Organização Temporal, porém não foi identificada evolução na Organização Espacial, mas acredita-se que com mais tempo de intervenção e colaboração por parte do aluno, esta evolução poderia ter acontecido.

A psicomotricidade que foi utilizada no estudo aliada as técnicas do Boxe Chinês na busca de um melhor desenvolvimento motor ao aluno autista, possui a finalidade citada por Mélo e Santos (2018), de buscar estímulos ao desenvolvimento infantil através de exercícios lúdicos, que ao serem realizados proporcionam uma interação com brincadeiras, diversão e exercícios que estimulam além de criatividade e raciocínio, as capacidades motoras. Assim podendo ser criado programas educacionais visando um equilíbrio entre necessidades individuais e coletivas, que estimulam a percepção da

criança com relação a si mesma, com os outros e com o mundo, ou seja, a Organização temporal e o Esquema Corporal (MÉLO; SANTOS, 2018).

Mélo e Santos (2018), também realizaram um estudo avaliando o desenvolvimento motor de uma criança autista, esta com 10 anos de idade e em seu estudo constatou um atraso de 2 anos no desenvolvimento motor da criança, o qual seus atrasos mais evidentes foram no equilíbrio, assim como o presente estudo, na motricidade global e organização temporal, as quais no presente estudo foram as capacidades em que encontrou-se um desenvolvimento mais favorável.

Em um estudo realizado por André et al. (2015), foram avaliadas 6 crianças diagnosticadas com TEA leve, com idade entre 2 a 11 anos, onde em seu teste inicial foi percebido atraso no desenvolvimento de todas elas e após uma intervenção adequada focando nos déficits encontrados, e após seis meses desta intervenção foi encontrado um avanço significativo no desenvolvimento global destas crianças. No presente estudo durante os dois meses foi possível notar um avanço, de magnitude pequena, porém existente e se comparado ao estudo de André et al. (2015), é possível afirmar que intervenções adequadas podem gerar resultados positivos no desenvolvimento de crianças com TEA e quanto maior o tempo da intervenção melhor será o resultado.

Silva (2014), cita que os principais motivos da prática do Boxe, modalidade com características semelhantes ao Boxe Chinês, é, pois, além de proporcionar um fortalecimento muscular e aumentar a autoconfiança a modalidade atua melhorando a percepção corporal (organização espacial), flexibilidade e reflexos. Já os autores André et al. (2015), complementam falando que a modalidade aumenta a amplitude de movimento das articulações e estimulam o equilíbrio, fazendo com que o praticante tenha um maior domínio corporal. Todas as características citadas acima pelos autores fazem parte do desenvolvimento motor ou são características específicas de alguma motricidade, assim mostrando que a modalidade é muito influente no desenvolvimento motor.

O autor Antunes (2013), citam que esportes como lutas, artes marciais e esportes de combate tem grandes contribuições para as condições limitantes de pessoas que possuem deficiência motora e intelectual, aumentando seu autoconhecimento e independência, André et al. (2015) concorda afirmando que as influencias que esses esportes tem em pessoas com tais condições, é positiva, principalmente em relação as deficiências motoras, pois geram uma locomoção mais segura e independente, um exemplo disso é apontado por Silva (2014), ao citar a modalidade de Taekwondo como forma de desenvolver o Equilíbrio em crianças com desordens no desenvolvimento motor.

O repertório motor das artes marciais é muito amplo, por exemplo algumas realizam trabalhos de força, enquanto outras trabalham valências como velocidade, flexibilidade, coordenação e equilíbrio. Um dos aspectos mais importantes das artes marciais é a associação que ocorre entre a motricidade de seus praticantes com as características da arte marcial, por exemplo ao realizarem saltos, flexões, rotações e transferência de peso, associados com socos, chutes, quedas, entre outros movimentos. Outros aspectos que não ficam de lado durante as aulas são que desde o início os alunos são estimulados a ampliar sua lateralidade e posicionamento do corpo no espaço, e isto é estimulado principalmente em crianças, pois é de extrema importância para seu desenvolvimento motor (AIRES et al., 2014).

Ricco (2017), cita que é muito comum autistas apresentarem déficits em seu desenvolvimento de coordenação, sequenciamento e planejamento motor, além de sua força e equilíbrio, desta forma as artes marciais podem ser muito benéficas de forma muito sutil, pois estes esportes trabalham todos os aspectos do ser humano, fornecendo melhorias a curto e longo prazo, para a vida e os processos relacionais, assim sendo de grande importância para os autistas principalmente, pois seu crescimento e desenvolvimento através das artes marciais será em todos os âmbitos.

Os resultados da atual pesquisa corroboram com a afirmativa que a prática de arte marcial gera resultados positivos na motricidade humana, sobretudo aplicado em crianças que apresentem déficits de desenvolvimento. A magnitude dos resultados encontrados no presente estudo se limita ao fato de ser um estudo de caso e por um período de aplicação relativamente curto, sendo encontrado na literatura evoluções significativas com período maiores, como no estudo de André et al. (2015) com duração de seis meses.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Assim como previamente definido, o presente estudo teve o objetivo de aferir as influências que o Boxe Chinês teria no desenvolvimento motor de uma criança diagnosticada com transtorno do espectro autista. Ao final foi possível encontrar melhoras, porém não houve tanta relevância, pois durante a intervenção o aluno que participou do estudo, se interessou em algumas atividades, entretanto em grande parte não, e teve muita resistência em participar do que era proposto. Ao longo da intervenção várias abordagens diferentes foram testadas para tentar melhorar o interesse do participante, inicialmente elas funcionavam e após um tempo ele voltava a perder seu interesse.

Mesmo com a resistência apresentada ao fim do estudo foi possível verificar uma melhora em seu desenvolvimento motor. Com as observações feitas ao longo da intervenção é possível afirmar que a baixa evolução encontrada pode ser justificada pelo

comportamento apresentado pelo participante que se recusava a seguir regras e participar de grande parte do que era proposto. Acredita-se que estudos parecidos podem gerar resultados mais significantes, como os estudos de André et al. (2015), que avaliou 6 crianças e após uma abordagem de seis meses utilizando atividades focadas nos déficits, pode encontrar um avanço significativo no desenvolvimento delas.

Durante o estudo poucas limitações foram encontradas, sendo elas o comportamento do menino durante as aulas, que foi o que dificultou a intervenção e também a coleta dos dados o que resultou em um resultado pouco significativo, porém acredita-se que o tema é ótimo e tem muitas chances de resultar em dados mais significantes para a área da educação física, assim fica a sugestão para novos pesquisadores.

REFERÊNCIAS

AIRES, Adelaide Cegatto, et al. *Karatê-do e desenvolvimento: um estudo descritivo dos benefícios da prática esportiva em crianças*. Buenos Aires:EFDesportes,2014. Disponível em:<<https://www.efdeportes.com/efd188/karate-do-e-desenvolvimento-em-criancas.htm>>. Acesso em: 24 de outubro de 2020.

ALLEN W, Jackson. Et al. *Medida e avaliação do desempenho humano*. Porto Alegre: Artmed Editora, 2013.

ANDRÉ, Larissa Borba, et al. *Deteção e Intervenção Psicomotora em Crianças com Transtorno do Espectro Autista*. São Paulo: ENESP, 2015. Disponível em:<<http://journal.unoeste.br/index.php/cv/article/view/1512>>. Acesso em: 24 de outubro de 2020.

ANTUNES, Marcelo Moreira. *As artes Marciais Chinesas Para Pessoas com Deficiências: Contextos Dilemas e Possibilidades*. Campinas: UNICAMP, 2013. Disponível em:<http://repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/275009/1/Antunes_MarceloMoreira_D.pdf>. Acesso em: 24 de outubro de 2020.

ASSIS, Silvana Maria Blascovi. CASTANHO, Andréa Antunes Gregorut. *Crescimento e desenvolvimento Infantil*. São Paulo: Fisioterapia Brasil, 2015. Disponível em:<<http://www.portalatlanticaeditora.com.br/index.php/fisioterapiabrasil/article/download/3185/5032>>. Acesso em 29 de março de 2020.

ASSIS, Silvana Maria Blascovi; CATELLI, Carolina Lourenço Reis Quedas; D'ANTINO, Maria Eloisa Famá. *Aspectos motores em indivíduos com transtornos do espectro autista: revisão de literatura*. Cadernos de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento, 2016. Disponível em:<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-03072016000100007>. Acesso em 25 de março de 2020.

AZEVEDO, Camila Cavalcanti Fatturi de. FERNANDES, Juliana Oppitz, WILLRICH, Aline. *Desenvolvimento motor na infância: influência dos fatores de risco e programas de intervenção*. Rio Grande do Sul: Rev Neurocienc, 2009. Disponível em:<<https://periodicos.unifesp.br/index.php/neurociencias/article/view/8604/6138>> Acesso em: 27 de março de 2020.

CONDE, Érica Pires. *A importância da psicomotricidade na educação infantil: a formação das noções espaciais*. Teresina: Ver. Interd. Ciên. Saúde, 2014. Disponível em: <<https://revistas.ufpi.br/index.php/rics/article/view/2084/1568>>. Acesso em 25 de março de 2020.

CORREDEIRA, Rui Manuel Nunes et al. *Avaliação dos Efeitos de Programas de Intervenção de Atividade Física em Indivíduos com Transtorno do Espectro do Autismo*. Revista Brasileira de Educação Especial, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbee/v21n2/1413-6538-rbee-21-02-00319.pdf>>. [Acesso em: 30 de março de 2020.](#)

FEDERAÇÃO DE WUSHU DO DISTRITO FERERAL: *Wushu Sanda*. Brasília: Camaleão, 2016. Disponível em: <<http://fwdf.org.br/index.php/wushu-sanda/>>. Acesso em: 29 de março de 2020.

FISCHER, Julianne. PACHER, Luciana Andréia Gadotti. *Lateralidade e Educação Física*. Santa Catarina: ICPG, 2014. Disponível em: <<http://atividadeparaeducacaoespecial.com/wp-content/uploads/2014/07/LATERALIDADE-E-EDUCA%C3%87%-C3%83O-FISICA.pdf>>. Acesso em 29 de março de 2020.

GALLAHUE, David L., OZMUN, John C., GOODWAY, Jackie D. *Compreendendo o Desenvolvimento Motor: Bebês, Crianças, Adolescentes e Adultos*. Amgh Editora, 2013.

INSTITUTO WULINDAO. *Sanda-Boxe Chinês*. Rio de Janeiro: 2020. Disponível em: <<https://www.kungfudeverdade.com.br/sanda-boxe-chines/>>. Acesso em: 29 de março de 2020.

INTERNATIONAL FEDERATION OF MARTIAL ARTS. *San-da Boxe Chinês*. Ceara: Wix, 2011. Disponível em: <<https://federationofmartial.wixsite.com/federationofmartial/sanda-boxe-chins>>. [Acesso em: 30 de março de 2020.](#)

MÉLO, Tainá Ribas; DOS SANTOS, Évelyn Crys Farias. *Caracterização psicomotora de criança autista pela escala de desenvolvimento motor*. Diversas, 2018. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/diver/article/view/61270>>. Acesso em: 27 de março de 2020.

MÉLO, Tainá Ribas; SANTOS, Évelyn Crys Farias. *Caracterização Psicomotora de Criança Autista pela Escala de Desenvolvimento Motor*. Matinhos: Divers@, 2018. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/diver/article/view/61270/35952>>. Acesso em: 24 de outubro de 2020.

[MINISTÉRIO DA SAÚDE](#). *Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo (TEA)*. Brasília: 2014. Disponível em: <https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_reabilitacao_pessoa_autismo.pdf>. [Acesso em: 26 de março de 2020.](#)

NETO, Jorge Lopes Cavalcante; SOARES, Angélica Miguel. *Avaliação do Comportamento Motor em Crianças com Transtorno do Espectro do Autismo: uma Revisão Sistemática*. Rev. bras. educ. espec, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-65382015000300445>. Acesso em: 25 de março de 2020.

NUEMBERG, Adriano Henrique et al. *Inclusão escolar e autismo: uma análise da percepção docente e práticas pedagógicas*. Rio Grande do Norte: UFRN, 2016. Disponível em

:<<https://www.redalyc.org/pdf/1938/193846361017.pdf>>. Acesso em 27 de março de 2020.

Oliveira, Ruan, et al. *Perfil Motor De Crianças Autistas Participantes do Atendimento Educacional Especializado (AEE) da Cidade de Porangatu/GO. Anais do In: CONGRESSO DE ENSINO, PESQUISA E EXTENSÃO DA UEG, II*. 2015. Disponível em: <<https://www.anais.ueg.br/index.php/cepe/article/view/5038/2867>>. Acesso em: 20 de março de 2020.

PRAXEDES, Matheus Ramos da Cruz Jomilto. *A importância da Educação física para o desenvolvimento motor de crianças e jovens com Transtorno do Espectro autista*. Rio de Janeiro: e-mosaicos, 2018. Disponível em :<<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/e-mosaicos/article/view/33622/24137>>. Acesso em 23 de março de 2020.

RICCO, Ana Claudia. *Efeitos da atividade Física no Autismo*. Rio Claro: Unesp, 2017. Disponível em:<<https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/156379/000897264.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 24 de outubro de 2020.

ROSA NETO, Francisco. *Manual de avaliação Motora*. Porto Alegre: Artmed Editora, 2002.

SILVA, Guilherme Barbosa: *A Prática do Boxe como Inclusão social de Crianças e adolescentes: Análise de um Projeto Social Desenvolvido na Cidade de Umbuzeiro-PB*. Campina Grande: UEPB, 2014. Disponível em:<<http://dspace.bc.uepb.edu.br/jspui/bitstream/123456789/3877/1/PDF%20-%20Guilherme%20Barbosa%20da%20Silva.pdf>>. Acesso em: 24 de outubro de 2020.

TEIXEIRA, Bruna Marques; DE CARVALHO, Fabiana Teixeira; VIEIRA, Jaqueline Raíssa Lopes. *Avaliação do perfil motor em crianças de Teresina-PI com Transtorno do Espectro Autista (TEA)*. Rio Grande do sul: Revista Educação Especial, 2019. Disponível em:<<https://periodicos.ufsm.br/educacaoespecial/article/view/33648/33648>>. Acesso em: 25 de março de 2020.

CAPÍTULO 6

CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DE ÚLCERA POR PRESSÃO EM SUJEITOS ACAMADOS: UMA REVISÃO DE LITERATURA

*Aline Fernanda Martins Sousa*¹
*Bruna Rodrigues Martins de Jesus*²
*Tatiane Carvalho*³

DOI: 10.46898/rfb.9786558890669.6

¹ Universidade Mauricio de Nassau, line.enfa2016@gmail.com

² Universidade Mauricio de Nassau, <https://orcid.org/0000-0002-7412-5821>, graduando@outlook.com

³ Universidade Mauricio de Nassau, planejamenob@hotmail.com

RESUMO

Este artigo tem como objetivo caracterizar os cuidados de enfermagem prestados aos sujeitos acamados com UP descritos na literatura direcionados à prevenção de úlcera por pressão. Nesse percurso identificou-se os fatores que contribuem para o desenvolvimento de úlcera por pressão e os cuidados de enfermagem prestados aos sujeitos acamados que possuem UP. Esta é uma pesquisa bibliográfica, descritiva realizada através de uma revisão sistemática da literatura em que foram pesquisados artigos em bases de dados nacionais e internacionais a partir do buscador da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) utilizando os descritores úlcera por pressão, sujeitos acamados e equipe de enfermagem. Foram encontrados 17 artigos dos quais foram excluídos aqueles repetidos e os que apesar de possuir os descritores não se enquadravam ao assunto, por fim, restaram 5 artigos para aprofundamento e estudo. Foram definidas categorias na fase da discussão: fatores de risco para úlcera por pressão e cuidados administrados pela equipe de enfermagem para prevenção de úlceras por pressão, com enfoque em desenvolver uma abordagem que promova aos profissionais da área uma reflexão crítica a respeito do assunto. Destaca-se a necessidade de maior discussão e publicações sobre a temática, com finalidade de proporcionar fontes seguras para o aprimoramento do trabalho da equipe de enfermagem sobre condutas preventivas para o desenvolvimento de UP, assegurando uma assistência de qualidade.

Palavras-chave: Úlcera por pressão, Pacientes acamados, Equipe de enfermagem.

SUMMARY

This article aims to characterize the nursing care provided to subjects bedridden with PU described in the literature aimed at preventing pressure ulcers. Along this path, the factors that contribute to the development of pressure ulcers and the nursing care provided to bedridden subjects with PU were identified. This is a bibliographic, descriptive search conducted through a systematic review of the literature in which articles were searched in national and international databases from the Virtual Health Library (VHL) searcher using the keywords pressure ulcer, bedridden subjects and staff of nursing. 17 articles were found, from which repeated ones were excluded and those that despite having the descriptors did not fit the subject, finally, there were 5 articles left for further study and study. Categories were defined in the discussion phase: risk factors for pressure ulcers and care administered by the nursing team for the prevention of pressure ulcers, with a focus on developing an approach that promotes professionals in the area to reflect critically on the subject. The need for further discussion and publications on the subject is highlighted, in order to provide safe sources for the improvement of the work of the nursing team on preventive conducts for the development of PU, ensuring quality care.

Keywords: Pressure ulcer, Bedridden patients, Nursing team.

1 INTRODUÇÃO

Apesar dos avanços nos cuidados em saúde, a úlcera por pressão é um dos problemas mais frequentes em usuários hospitalizados por muito tempo, causando um grande impacto na qualidade de vida do sujeito sendo um importante causa de morbidade e mortalidade hospitalar (ROLIM et al., 2010).

A úlcera por pressão (UP) é uma lesão localizada na pele e/ou tecido ou estrutura subjacente, geralmente sobre uma proeminência óssea, resultante de pressão isolada ou de pressão combinada com fricção e/ou cisalhamento (SCARLATTI et al., 2011).

De acordo com o Protocolo de prevenção de úlcera por pressão (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013), a equipe de enfermagem define cuidados ao sujeito com base em tratamentos efetivos nas UP, que tem por fim promover a hemostasia, cicatrização, reduzir riscos de infecções, agravamento das lesões e manter a viabilidade cutânea. A escolha do tratamento dependerá dos fatores internos e externos relacionados às condições clínicas dos usuários, ao estágio da lesão, do processo cicatricional, ao tipo, tamanho, forma da UP, escala de BRADEN e, principalmente, aos recursos terapêuticos disponíveis e às pessoas responsáveis por sua operacionalização (CARILI et al., 2016).

A National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP), no dia 13 de abril de 2016, anunciou a mudança na terminologia Úlcera por Pressão para Lesão por Pressão e atualizações das nomenclaturas do sistema de classificação dos estágios das UP (CARILI et al., 2016). Optou-se por usar o termo Úlcera por Pressão por este ainda não ter sido modificado pelo Ministério da Saúde em suas publicações.

A atuação da equipe de enfermagem na prevenção de úlcera por pressão é essencial na evolução do quadro do usuário na unidade hospitalar ou domiciliar, colaborando para melhoria da assistência e a qualidade de vida, sendo uma ligação essencial entre profissionais, usuários e familiares na promoção de seu bem-estar físico e psicossocial (ARAÚJO et al., 2011).

A pertinência deste estudo apresenta-se no encaminhamento de discussões acerca da atuação da equipe de enfermagem na prevenção de UP tendo como entendimento que compreender os fatores desencadeantes das UP é essencial para a sua prevenção. Esta pesquisa justifica-se pela necessidade de sistematização do conhecimento produzido sobre as ações desenvolvidas pela equipe de enfermagem para prevenção das úlceras por pressão produzindo uma síntese que possa orientar a atuação da equipe nesses casos. Devido ao que foi exposto, levantou-se o seguinte questionamento:

Quais os cuidados de enfermagem prestados aos usuários acamados com úlcera por pressão descritos na literatura?

Com base na vivência das autoras em campo de estágio supervisionado em unidade intermediária do Hospital Geral Ernesto Simões Filho, onde foram identificadas dificuldades na prática da enfermeira na prevenção de UP, despertando interesse para o estudo dessa temática. Nesse sentido, esse estudo objetivou caracterizar os cuidados de enfermagem prestados aos usuários acamados que previnam as UP, descritos na literatura. Nesse percurso foram traçados os seguintes objetivos específicos: identificar os fatores que contribuem para o desenvolvimento de úlcera por pressão e identificar os cuidados de enfermagem prestados aos sujeitos acamados que já possuem UP.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

As práticas da equipe de enfermagem no contexto de prevenção de Úlceras por pressão é um assunto de grande debate entre os profissionais de saúde seja em ambiente hospitalar ou domiciliar. Usuários que por alguma causa extrínseca ou intrínseca, patológica ou de restrição de mobilidade física, desenvolvem dependência de cuidados específicos da equipe de enfermagem a fim de evitar novas lesões ou agravamento das mesmas (ARAÚJO et al., 2016).

A equipe de enfermagem tem um papel fundamental na avaliação do estado de saúde do usuário internado seja no hospital ou em domicílio, busca alternativas de intervenções e recursos adequados para promover a melhoria de seu aspecto físico e da qualidade de vida no período do internamento (ARAÚJO et al., 2016).

Para isso, é essencial desenvolver métodos de diagnóstico de enfermagem na busca e identificação precoce dos fatores de riscos existentes no ambiente hospitalar ou domiciliar com as condições de movimentação comprometidas por um longo período, adicionadas aos fatores nutricionais, inconsciência, hipertensão, diabetes, imobilização motora, sensibilidade local, doenças crônicas e debilitantes, aspectos que podem interferir no processo saúde – doença e no aparecimento das úlceras por pressão (ARAÚJO et al., 2016).

De acordo com ARAÚJO et al. 2016, p.4:

A utilização de escalas de avaliação de risco para úlcera por pressão requer pouca habilidade do profissional enfermeiro (a), embora requeira mais tempo na assistência para sua avaliação e acompanhamento, mas é de extrema importância para o prognóstico, já que a identificação dos pacientes em risco permite a implementação de medidas preventivas precocemente, o que pode reduzir pela metade a incidência da úlcera por pressão. Porém, é importante entender que a avaliação de risco deve sempre estar acompanhada do julgamento clínico do enfermeiro, o qual nada mais é do que o processo de enfermagem.

Para melhor atendimento de cada sujeito é preciso conhecer o perfil e riscos que predis põe o aparecimento das lesões por pressão, a fim de implantar medidas preventivas individuais e coletivas, eliminando ou atenuando os fatores de riscos, recorrente do tempo de internamento e evolução das lesões, para tanto conhecer a classificação das UP é imprescindível. De acordo com WADA, et al. (2010, p.173), a classificação das UP é realizada segundo a gravidade que atinge os tecidos (Quadro 01).

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) colabora com a inserção dos cuidados das úlceras na prática da enfermeira, evidenciando suas atividades privativas, utilizando métodos e estratégias científicas para a identificação das situações que favorecem o surgimento das UP no tempo de internamento do usuário, subsidiando ações da assistência que possam contribuir para a promoção da saúde, prevenção das UP, recuperação e reabilitação do sujeito, que já tenha sido acometido.

Quadro 1: Classificação das UP

Estágio	Definição
0	Lesão suspeita de tecidos profundos: área púrpura ou marrom localizada, de pele intacta e pálida, ou bolha hemática devido a acometimento de partes moles por pressão e/ou cisalhamento;
1	Pele intacta com hiperemia mantida em área localizada sobre proeminência óssea;
2	Perda de espessura parcial de derme, visualizada como lesão com leito vermelho-róseo, sem necrose, ou bolha com conteúdo seroso;
3	Perda de espessura total; subcutâneo pode ser visualizado, porém osso, tendão e músculo não expostos;
4	Perda de espessura total com osso, tendão ou músculo exposto; pode haver necrose. Não classificável: perda de espessura total, em que o leito se encontra recoberto por necrose e/ou escara.

Fonte: Elaborado pelas autoras segundo a classificação de WADA, et al. (2010).

Dessa forma, é importante a participação da enfermagem nas avaliações e inspeção da pele de cada usuário que permanece por um longo tempo em internamento ou acamado, além de analisar o impacto da lesão sobre o processo saúde/doença do sujeito, devem ser analisadas também as condutas e intervenções que qualificam a assistência e mantém a integralidade física e psíquica do usuário.

É necessário que toda equipe esteja envolvida e ciente do quadro de saúde dos usuários, viabilizando a comunicação com os outros profissionais para discussão e solução dos problemas encontrados.

As medidas preventivas são instituídas diariamente pela enfermeira e pela equipe de enfermagem, como cuidados prioritários nas úlceras por pressão junto à utilização de algumas escalas, como a escala de BRADEN que avalia a UP e seus estágios

de acordo sua umidade, percepção sensorial, nutrição, atividade física, fricção e cisalhamento determinando a extensão do problema para eleger a melhor intervenção de enfermagem.

As estratégias preventivas mais utilizadas pela enfermagem são os cuidados com a integridade da pele, manutenção da pele hidratada, limpa e seca, mudança de decúbito a cada duas horas de relógio, cuidados com a alimentação ou nutrição do usuário rica em vitaminas e proteínas, utilização de dispositivos urinários, cuidados com a higiene e proteção íntima, tais cuidados associados à lesão devem ter atenção e acompanhamento redobrados (ARAÚJO et al., 2016).

As unidades de saúde têm critérios para liberação de materiais e recursos para tratamentos das UP, seja em ambiente hospitalar ou em domicílio, pois nem sempre a sua avaliação de custo-benefício é de acordo com o devido tratamento nas ações terapêuticas necessárias a esses usuários.

As úlceras por pressão causam dor e desequilíbrios emocionais, risco de desenvolver infecções, perda da funcionalidade ou afastamento do trabalho, esse último, ocasionando prejuízos financeiros e custos com tratamentos, para o governo e para o paciente. Por essas razões torna-se preponderante a criação de programas e comitês de prevenção com o objetivo de diminuir a incidência institucional nas lesões por pressão bem como os custos da prevenção e tratamento (MEDEIROS et al., 2009, p.227).

Portanto, acredita-se que a sistematização do cuidado aos usuários com risco de desenvolver UP pode favorecer a saúde e o bem-estar do usuário bem como reduzir custos para as organizações de saúde.

3 METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica descritiva realizada através de uma revisão sistemática da literatura em que foram pesquisadas bases de dados nacionais e internacionais a partir do buscador da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Para a pesquisa foram utilizados como critérios de seleção: a produção científica a partir de artigos que tenham textos completos e disponíveis, em português e os seguintes termos na busca: Úlcera por pressão que consta no DECS, mas também, foram usadas as palavras chaves 'pacientes acamados'. O uso das palavras chaves para a pesquisa visa ampliar a seleção de artigos, já que algumas revistas científicas brasileiras preveem o uso destas e não somente descritores cadastrados no DECS.

Como recorte temporal para as publicações foi usado o período de 2006 a 2016. A coleta de dados aconteceu dia 25 de outubro de 2016. Inicialmente usando para a busca o descritor úlcera por pressão e as palavras chaves: pacientes acamados interligadas pelo operador de pesquisa AND, resultaram 17 trabalhos científicos. Partindo desse resultado foram aplicados os seguintes filtros: texto completo e disponível; idio-

ma português, período de publicação (2006-16) e artigo, restando 7 artigos científicos. Após a leitura dos títulos dos artigos foram identificados dois artigos repetidos, os quais foram excluídos, mantendo-se somente um exemplar dos mesmos.

Portanto, o material empírico da pesquisa constituiu de 5 artigos acadêmicos publicados no período estudado (Quadro 02). Os artigos foram publicados em revistas que o Qualis capes varia de B3 a A2 para a área de enfermagem. A região sul e sudeste concentra a maior parte das publicações, sendo importante chamar atenção para a publicação de um dos artigos em uma revista de nutrição, demonstrando o interesse na área que tem ligação direta com fatores predisponentes ao desenvolvimento das UP, o estado nutricional do usuário.

A presente pesquisa não precisa ser submetida ao comitê de ética, pois não envolve seres humanos e animais, mas, parte de estudos já publicados e que estão disponíveis publicamente. Foi respeitada a lei 9.610/98, capítulo I, Art. 22 que garante ao autor os direitos morais e patrimoniais sobre a obra que criou, buscando referenciar as obras que subsidiaram essa produção científica.

Quadro 2: Caracterização dos artigos utilizados na revisão bibliográfica

Referência do artigo	Nome da revista	Qualis da revista	Região de publicação
MAURICIO, Aline Batista; LEMOS, Debora de Sousa, CROSEWSKI; Nathalia Ingrid; ROEHRS, Hellen. Conhecimentos dos profissionais de enfermagem relacionados às úlceras por pressão. Rev. Enferm UFSM 2014, Out/Dez; 4(4):751-60.	Revista de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria	B3	Região Sul
GOMES, Flávia Sampaio Latini, BASTOS, Marisa Antonini Ribeiro, MATOZINHOS, Fernanda Penido, TEMPERONI, Hanrieti Rotelli, MELÉNDEZ, Gustavo Velásquez. Avaliação de risco para úlcera por pressão em pacientes críticos. Rev. Esc. Enferm USP , 2011; 45(2):313-18.	Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo	A2	Região Sudeste
MENEGON, Dóris Baratz; BERCINI, Rossana Rosa; SANTOS, Cássia Teixeira dos; LUCENA, Amália de Fátima; PEREIRA, Ana Gabriela Silva; SCAIN Suzana Fiore. Análise das subescalas de Braden como indicativos de risco para úlcera por pressão. Texto Contexto Enferm , Florianópolis, 2012 Out-Dez; 21(4): 854-61.	Texto & Contexto Enfermagem	A2	Região Sul
ARAUJO, Olivia Dias, VIEIRA, Chrystiany Plácido de Brito; OLIVEIRA, Expedito Wesley Ferreira de; RIBERO, Márcia Gabriela Costa; LUZ, Maria Helena Barros Araújo. Ações preventivas em úlceras por pressão realizadas por enfermeiros na atenção básica. Res.: fundam. care. online 2016. abr./jun. 8(2):4447-59.	Revista de Pesquisa: Cuidados é fundamental Online	B2	Região Nordeste

<p>PERRONE, Francine; PAIVA, Alexandra; SOUZA, Letícia Martins Ignácio de; FARIA, Cássia da Silva; PAESE, Márcia Carolina de Siqueira; NASCIMENTO, José Eduardo de Aguilár; DOCK-NASCIMENTO, Diana Borges. Estado nutricional e capacidade funcional na úlcera por pressão em pacientes hospitalizados. Rev. Nutr., Campinas, 24(3):431-438, maio/jun., 2011.</p>	<p>Revista de Nutrição</p>	<p>B1</p>	<p>Região Sudeste</p>
--	----------------------------	-----------	-----------------------

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após a análise dos artigos selecionados para a revisão sistemática foram elencados os cuidados de enfermagem prestados aos usuários acamados e os fatores de risco para o desenvolvimento de UP. Nos resultados apresentados buscou-se comparar os artigos na busca por aspectos comuns, em relação aos fatores de risco para UP ou referente à prática da enfermeira, os pontos divergentes que foram considerados importantes foram colocados ao fim de cada tópico.

4.1 Fatores de risco para úlcera por pressão

Estão predispostos ao desenvolvimento dessas lesões usuários que possuem associação de fatores intrínsecos e extrínsecos. Os fatores intrínsecos são aqueles que estão relacionados diretamente a condição física e psíquica do usuário. Os fatores extrínsecos estão ligados às condutas profissionais, às condições materiais da assistência prestada e às condições organizacionais (ROCHA, BARROS, 2007).

4.1.1 Fatores intrínsecos

Os fatores intrínsecos estão relacionados com as características físicas individuais de cada um como: idade avançada, déficit alimentar, incontinência urinária ou fecal, alteração na mobilidade, no sistema cardiovascular e respiratório (ARAUJO et al., 2016). Rocha e Barros 2007, acrescentam como fatores intrínsecos, além dos já apresentados, condições clínicas, tais como: doenças malignas, neurológicas e anemia.

Para Menegon et al. (2012) usuários submetidos a cuidados intensivos ou que têm um longo período de internamento apresentam, geralmente, alto risco para desenvolver úlceras por pressão, devido a limitações ambientais e psicobiológicas, tais como: instabilidade hemodinâmica, restrição de movimentos por período prolongado de tempo, uso de drogas sedativas e analgésicas, as quais diminuem a percepção sensorial e prejudicam a mobilidade.

O déficit nutricional é a carência de elementos fundamentais ao funcionamento do organismo. O estado nutricional dos sujeitos internados geralmente está compro-

metido, devido a fatores como desnutrição, estados patológicos e cirurgias. A má nutrição pode desencadear alteração da fase inflamatória e da regeneração tecidual, bem como aumento do risco de infecção, sepse e morte (PERRONE et al., 2011).

Os usuários que possuem déficit nutricional apresentam desidratação, perda de massa muscular e de peso, tornando os ossos mais salientes e a deambulação mais difícil, outros fatores como edema e menor fluxo sanguíneo cutâneo geralmente acompanham os déficits nutricionais e hídricos, resultando em lesões isquêmicas que contribuem para as lesões na pele (PERRONE et al., 2011).

A incontinência urinária, perda involuntária de urina ou incontinência fecal definida pela incapacidade de controlar a saída de gases ou evacuação involuntária devido a uma mudança nos hábitos normais de eliminação, tendo constantes exposição a umidade, em que os tecidos ficam com aspectos moles e no período de imobilidade as UP se desenvolvem, ou até mesmo pelo uso contínuo de fraldas com longa permanência de tempo e irritação química tanto decorrente do contato com as fezes como com a urina (ARAUJO et al., 2011).

As alterações na mobilidade do usuário reduzem a capacidade do indivíduo de ter extremidades oxigenadas, e que a compressão pela falta de mudança de decúbito provoque morte tecidual, provocando o aparecimento das UP (MENEGON et al., 2012).

As limitações da mobilidade ou imobilidade causadas por diversos fatores como sequela de AVC, problemas ortopédicos, artrite, doenças terminais, doenças vasculares, desnutrição ou desidratação, além de história prévia de UP também são importantes fatores contribuintes intrínsecos para aumentar o risco deste tipo de lesão (MENEGON et al., 2012).

Idade avançada é um fator inevitável e irreversível, pois nos idosos a pele torna-se com o passar dos anos, mais seca, apresenta uma redução considerável da elasticidade e colágeno dérmico. A percepção sensorial é alterada e, por conseguinte, a capacidade da pessoa sentir a pressão exercida sobre as proeminências ósseas, interferindo na ocorrência das úlceras por pressão. Dessa forma, os idosos estão mais suscetíveis ao desenvolvimento dessas lesões (NPUAP, 2009).

4.1.1.1 Fatores extrínsecos

Os fatores extrínsecos totalmente relacionados ao ambiente, incluem os efeitos das drogas, distribuição de peso, regime de tratamento e cuidados corporais, estão relacionados também ao mecanismo de lesão as forças de cisalhamento, pressão e fricção (MENEGON, 2012; GOMES 2011; ARAUJO 2016). Foram poucos os fatores extrínsecos

que apareceram nos artigos científicos, sendo que os que aparecem não são bem aprofundados.

O cisalhamento é o deslizamento do indivíduo sobre uma superfície com permanência imóvel da pele, a pressão se caracteriza como a compressão de um tecido mole por uma extremidade óssea, e a fricção e o atrito da pele com outra superfície, como, por exemplo, o lençol do leito com a região lombar durante o reposicionamento (LEMOS 2014; WADA 2010).

4.2 Cuidados prestados pela equipe de enfermagem na prevenção de úlceras por pressão

A prevenção, em todos os níveis de assistência, requer abordagem sistemática, composta pela avaliação do sujeito em um serviço e dos riscos presentes, seguidas por medidas apropriadas, envolvendo toda a equipe de saúde (ARAUJO et al., 2016).

Entre os procedimentos técnicos assistenciais de enfermagem prestados aos usuários restritos ao leito que possuem risco para o desenvolvimento de UP, está inicialmente a escolha de um método de avaliação de risco. Alguns requisitos devem ser levados em consideração na escolha desse método de avaliação, tais como: eficácia, alta sensibilidade e especificidade, facilidade de aplicação do instrumento de medida e presença de critérios claros e definidos (MENEGON et al., 2012).

A análise primária de MENEGON et al. (2012) em vistas à prevenir a UP determina ações na prevenção e tratamento das úlceras por pressão como avaliação do grau de risco com individualização da assistência, como a confecção de um protocolo para prevenção da úlcera por pressão; Utilização de escalas de avaliação do grau de risco, como por exemplo, a Escala de Braden adaptada para a língua portuguesa, e outras como as de Norton e Waterlow, outros cuidados como providenciar um colchão de poliuretano (colchão de caixa de ovo) para o sujeito, especialmente em uso de cadeiras de rodas ou acamados, mudança de posição de duas em duas horas, bem como realizar massagem de conforto com emulsão, registro das alterações da pele do sujeito seguindo os estágios de classificação das úlceras por pressão proposto pela NPUAP (National Pressure Ulcer Advisory Panel), tratar a incontinência, providenciar suporte nutricional.

Devem ser adotadas pela equipe de enfermagem medidas terapêuticas com curativos, desbridamento, curativos adequados, boa nutrição, curativos sempre que necessário ou de horário duas vezes ao dia, curativo minucioso duas vezes ao dia, com soro fisiológico 0,9%, alguma pomada dependendo do grau da úlcera, curativos desbridantes, hidrocolóide, preventivos e desbridamento (ARAUJO et al. 2016).

Acerca das medidas a serem implementadas, as condições de risco devem ser triadas e avaliadas, seja por meio de escalas ou equipamentos e materiais, a fim de escolher o melhor tratamento a ser administrado.

De acordo Menegon (2012, apud ARAUJO, 2016) a escala de BRADEN é um instrumento de avaliação de risco para o desenvolvimento de úlcera por pressão. Esta escala apresenta uma sensibilidade maior e é mais específica, oferecendo maior eficiência na avaliação, baseado na análise de risco, para prevenção de UP apresenta seis etapas essenciais que devem ser adotadas como estratégias de prevenção confiáveis para todos os usuários identificados como de risco.

A primeira é a avaliação de úlcera por pressão na admissão de todos os usuários, em que deve ser avaliada a pele para detectar a existência de lesões. Posteriormente, deve-se reavaliar diariamente o risco de desenvolvimento de UPP de todos os sujeitos internados ou sob cuidado domiciliar. A terceira é a inspeção diária da pele, seguida pelo manejo da umidade, para manter o usuário seco e com a pele hidratada. A penúltima consiste na otimização da nutrição e da hidratação. Por último, deve-se promover a redistribuição da pressão, especialmente sobre as proeminências ósseas, a qual é a preocupação principal

De acordo Menegon et al. (2012, p. 853), a análise das UP é realizada por escalas:

Em relação à análise dos fatores de risco para UP, considerando-se os escores de cada uma das subescalas (percepção sensorial, umidade, atividade, mobilidade, nutrição, fricção e cisalhamento), observou-se que a maioria dos pacientes era acamada e com mobilidade física bastante limitada.

As ações preventivas dos cuidados referem-se à atenção constante às alterações da pele; identificação dos usuários de alto risco, manutenção da higiene do usuário e leito; atenção a mudança de decúbito, aliviando a pressão e massagem de conforto, além de outras medidas como a movimentação passiva dos membros, deambulação precoce, recreação, secagem, dieta e controle de ingestão líquida e orientação ao usuário e família quanto às possibilidades de úlceras por pressão.

Destarte, é imprescindível que a equipe de enfermagem esteja preparada cientificamente para elaborar e implementar estratégias e medidas de prevenção a fim de evitar o aparecimento e favorecer o tratamento em cada fase dessa enfermidade. A prevenção deve iniciar-se com orientações adequadas e estímulo ao usuário e seus familiares, salientando a importância da autodisciplina e da participação e colaboração durante o tratamento clínico, a equipe de enfermagem é a mais atuante junto aos usuários acamados, uma vez que permanecem ao lado do usuário e de sua família tempo integral durante o longo período de internação. Por esta razão, os profissionais de enfermagem são os principais responsáveis na prevenção do aparecimento dessas

feridas, pois a predisposição para o desenvolvimento das úlceras por pressão é multifatorial (MENEGON, 2012, GOMES, 2011, ARAUJO, 2016).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Atualmente, as UP são avaliadas como um dos maiores problemas de enfermagem, sobretudo por se tratar de uma complicação séria e bastante grave quando relacionada a usuários com longo período de internação, estando acamados ou debilitados.

De acordo a revisão de literatura, a influência da maior parte dos fatores e condições que aumentam o risco de ocorrência de UP está dividida em internos com as doenças agudas, a idade avançada pode levar ao aparecimento de doenças crônicas, acidente vascular cerebral (AVC), nutrição inadequada, restrição ao leito ou a cadeira de rodas, incontinência urinária ou fecal, mobilidade prejudicada, alterações do nível de consciência causadas por doença aguda ou crônica ou pelo uso de medicações analgésicas, sedativas ou anestésicas, o que pode comprometer a sensibilidade, as limitações da mobilidade, além de história prévia de UP, os fatores externos estão exclusivamente ligados ao cisalhamento, pressão e fricção sobre uma superfície com permanência imóvel da pele.

Os artigos selecionados pontuam as consequências da padronização de manejo de cuidados aos usuários acamados e debilitados na perspectiva de contribuir com a prevenção ou redução dessa complicação, facilitando, com isso, a redução do tempo de internamento, do sofrimento físico e psicológico. Os cuidados administrados pela equipe de enfermagem sobre as UP, estão direcionados em identificar os fatores de risco e assim definir o tratamento preventivo, modificando os cuidados conforme os fatores individuais e necessidade de cada usuário, requerendo intervenção e cuidados minuciosos, e atenção multiprofissional na prevenção da lesão, sob este aspecto o estudo evidencia que a enfermagem vem mantendo um padrão de condutas para melhoria de resultados, buscando apoiar suas ações a partir de uma sistematização da assistência prestada.

A partir das pesquisas realizadas, identificou-se a limitação e escassez de periódicos sobre a problemática da UP aos usuários acamados, principalmente sobre os efeitos do cisalhamento e suas causas sobre o tecido do usuário, bem como pela carência de protocolos para orientar a prevenção e o tratamento dessas lesões, de modo a motivar a equipe de enfermagem a adotar condutas que consideram mais adequadas, reconhecendo, assim, a necessidade de realização de mais estudos abordando este assunto, principalmente no Brasil.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Olívia Dias; VIEIRA, Chrystiany Plácido de Brito; OLIVEIRA, Expedito Wesley Ferreira de; RIBERO, Márcia Gabriela Costa; LUZ, Maria Helena Barros Araújo. Ações preventivas em úlceras por pressão realizadas por enfermeiros na atenção básica. **Res.: fundam. care. online** 2016. abr./jun. 8(2):4447-4459.

ARAÚJO, Thiago Moura de; ARAÚJO, Flávio Moura de; CAETANO, Joselany Áfio. "Comparação de escalas de avaliação de risco para úlcera por pressão em pacientes em estado crítico". **Acta Paul Enferm**, 2011;24(5):695-700.

BARROS, Sonia Maria de Oliveira; ROCHA, Alessandra Bongiovani Lima Rocha. Avaliação de risco de úlcera por pressão: propriedade de medidas de versão em português da escala de Waterlow. **Acta Paul Enferm**, 2007, 20(2): 143-50.

CARILI, Maria Helena Larcher; SANTOS, Vera Lucia Conceição de Gouveia; MANDLBAUM, Maria Helena Santana; COSTA, Idevania Geraldina. CLASSIFICAÇÃO DAS LESÕES POR PRESSÃO- CONSENSO NUAP-2016- ADAPTADA CULTURALMENTE PARA O BRASIL. **Associação Brasileira de Estomaterapia - SOBEST e da Associação Brasileira de Enfermagem em Dermatologia - SOBENDE. 2016**

GOMES, Flávia Sampaio Latini; BASTOS, Marisa Antonini Ribeiro; MATOZINHOS, Fernanda Penido; TEMPERONI, Hanrieti Rotelli; MELÉNDEZ, Gustavo Velásquez. Avaliação de risco para úlcera por pressão em pacientes críticos. **RevEscEnfermUSP**, 2011; 45(2):313-18.

MAURICIO, Aline Batista; LEMOS, Debora de Sousa; CROSEWSKI, Nathalia Ingrid; ROEHRS, Hellen. Conhecimentos dos profissionais de enfermagem relacionados às úlceras por pressão. **RevEnfermUFSM**, 2014,Out/Dez;4(4):751-760.

MEDEIROS, Adriana Bessa Fernandes, LOPES, Consuelo Helena Aires de Freitas, JORGE, Maria Salete Bessa Análise da prevenção e tratamento das úlceras por pressão proposto por enfermeiros. **Rev Esc EnfermUSP**. 2009;43(1):223-8.

MENEGON, Dóris Baratz; BERCINI, Rossana Rosa; SANTOS, Cássia Teixeira dos; LUCENA, Amália de Fátima; PEREIRA, Ana Gabriela Silva; SCAIN Suzana Fiore. Análise das subescalas de Braden como indicativos de risco para úlcera por pressão. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2012 Out-Dez; 21(4): 854-61.

MINISTERIO DA SAÚDE. Anexo 02: PROTOCOLO PARA PREVENÇÃO DE ÚLCERA POR PRESSÃO. **Ministério da Saúde/ Anvisa/ Fiocruz**; 2013.

MIYAZAKI, Margareth Yuri.; CALIRI, Maria Helena Larcher.; SANTOS, Claudia Benedita dos. "Conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre prevenção de úlcera por pressão". **In. Ver. Latino-Am.Enfermagem**. 2010 Nov/Dez; 18(6).

NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL (NPUAP). Pressure ulcer Stages revised by - **NPUAP**, 2009.

PERRONE, Francine; PAIVA, Alexandra; SOUZA, Letícia Martins Ignácio de; FARIA, Cássia da Silva; PAESE, Márcia Carolina de Siqueira; NASCIMENTO, José Eduardo de Aguiar; DOCK-NASCIMENTO, Diana Borges. Estado nutricional e capacidade

funcional na úlcera por pressão em pacientes hospitalizados. **Rev. Nutr.**, Campinas, 24(3):431-438, maio/jun., 2011.

ROLIM, Rosana Amora; VELOSO, Juliana; KESSLER, Marciane; JACOBY, Aline Mara; SCHWAAB, Gabriela. Úlcera por pressão: um desafio para a enfermagem. **Res.Braz. J. Surg. Clin.**, V.6,n.1,pp.11-16 (Mar - Mai 2010)

SCARLATTI, Rampazzo Luz; LOPACINSKI, André Cleocir; FRAGA, Rogério de. Úlceras de pressão. **Res Geriatria & Gerontologia.** 2010;4(1):36-43.

VIEIRA, Chrystiany Plácido de Brito; OLIVEIRA, Expedito Wesley Ferreira de; RIBERO, Márcia Gabriela Costa; LUZ, Maria Helena Barros Araújo; ARAUJO, Olívia Dias. Ações preventivas em úlceras por pressão realizadas por enfermeiros na atenção básica. **Res.: fundam. care. online** 2016. abr./jun. 8(2):4447-59.

WADA, Barbara.Torres; BARROS, Silvana Kelie Souza; ANANMI, Elza Hiromi T; MORAES, Marisa Pires de. A elaboração de um protocolo para prevenção de úlcera por pressão por enfermeiros de um hospital de ensino. **Nursing.** 2010;63(6):29.

CAPÍTULO 7

A IMPORTÂNCIA DA PELE DO RECÉM-NASCIDO E OS CUIDADOS NECESSÁRIOS PARA MANTER SUA INTEGRIDADE: UMA REVISÃO DA LITERATURA

THE IMPORTANCE OF NEWBORN SKIN AND THE CARE NECESSARY TO MAINTAIN ITS INTEGRITY: A LITERATURE REVIEW

Laura Carolina Carvalho Fernandes de Azevedo¹

Eduardo Alves Camêlo²

Isabella Macário Ferro Cavalcanti³

DOI: 10.46898/rfb.9786558890669.7

¹ Universidade de Pernambuco. <https://orcid.org/0000-0003-1729-0924>. laura_carol28@hotmail.com.

² Universidade Federal de Pernambuco. <https://orcid.org/0000-0001-8900-9236>. edu_luxcel@hotmail.com.

³ Universidade Federal de Pernambuco. <https://orcid.org/0000-0002-7889-3502>. isabella.cavalcanti@ufpe.br.

RESUMO

O objetivo desse trabalho foi realizar uma revisão bibliográfica sobre a importância da pele do recém-nascido (RN) e os cuidados necessários para manter sua integridade. A revisão foi realizada através da busca por artigos indexados nas bases de dados Scientific Electronic Library Online (Scielo) e da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), onde foram incluídos artigos publicados em português e inglês entre os anos de 1980 a 2020. A relevância deste estudo pauta-se na necessidade dos cuidados com a pele do neonato para a prevenção de infecções e afecções nessa fase. Os artigos abordam a anatomia e fisiologia da pele, bem como suas funções, alterações cutâneas fisiológicas desse período, e a importância e cuidados com a pele do RN. Devido à imaturidade e fragilidade da pele dessa faixa etária, é imprescindível que se mantenha a integridade desse órgão vital. Por se tratar de uma temática bem relevante e não ter muitas pesquisas na área, sugere-se o desenvolvimento de mais estudos a cerca desse tema para que se possa reduzir infecções e internamentos hospitalares desse grupo.

Palavras-Chave: Infecções. Neonato. Higiene. Fisiologia da Pele.

ABSTRACT

The aim of this study was performed a bibliographic review on the importance of the newborn's skin and the care needed to maintain its integrity. The review was performed through the search for articles indexed in the Scientific Electronic Library Online (Scielo) and Virtual Health Library (VHL) databases, which included articles published in portuguese and english between 1980 and 2020. The relevance of this study is based on the need for newborn skin care to prevent infections and conditions at this stage. The articles regard the anatomy and physiology of the skin, as well as, its functions, physiological cutaneous changes of this period, and the importance and care of the newborn's skin. Due to the immaturity and fragility of the skin of this age group, it is essential to maintain the integrity of this vital organ. As it is a very relevant topic and does not have many researchs in the area, it is suggested to develop more studies on this topic so that infections and hospital admissions for this group can be reduced.

Keywords: Infections. Neonate. Hygiene. Skin Physiology.

1 INTRODUÇÃO

A pele é o maior órgão do corpo humano que desenvolve múltiplas funções, como a função de barreira cutânea, termorregulação, prevenção de perda de fluidos corporais, dentre outras. As principais camadas da pele são a epiderme, a derme e a hipoderme. O estrato córneo é a camada mais superficial da epiderme e funciona como

uma barreira para perda de água e penetração de agentes externos (LUND et al., 1999; AFSAR, 2012).

Ao nascimento, as camadas da pele possuem menor espessura e os anexos cutâneos são menos desenvolvidos. Apenas no terceiro dia de vida surge a sudorese por calor e há pouca lubrificação da pele, o que dispõe ao ressecamento, à maior sensibilidade às substâncias irritantes e circulação mais central do que periférica, dificultando a termorregulação (KALINOWSKI, 2006).

Há alguns anos achava-se que a função de barreira cutânea atingia sua maturidade por volta da 34ª semana de gestação. Porém, estudos recentes mostram que ela continua a se desenvolver até 12 meses após o nascimento. Com isso, a pele do RN é submetida a um progressivo processo de adaptação ao ambiente extrauterino, além de ser sensível e frágil, por isso alguns cuidados especiais se tornam necessários (AFSAR, 2012).

A pele do RN prematuro (RNPT) quando comparada a pele do RN a termo é ainda mais fina, entre a epiderme e derme a função de barreira cutânea é menos efetiva, tendo como consequências mais relevantes a perda de água, maior absorção percutânea de químicos e trauma cutâneo (LUND et al., 1999; SHWAYDER, AKLAND, 2005). Com isso, há uma maior facilidade de adquirir infecções e dificuldades na homeostasia dos fluidos (SHWAYDER, AKLAND, 2005). Cerca de 80% dos recém-nascidos pré-termos (RNPTs) desenvolvem alguma injúria na pele até o primeiro mês de vida, e aproximadamente 25% de todos os pré-termos e de baixo peso, terão ao menos um episódio de sepse até o 3º dia de vida, sendo a pele a principal porta de entrada (TAMEZ, SILVA, 1999).

O pH ácido da superfície cutânea em adultos e adolescentes ($\text{pH} < 5$) tem efeito de proteção contra microrganismos. Nos neonatos, a superfície cutânea possui pH quase neutro, o que diminui consideravelmente a defesa contra a proliferação microbiana e pode promover maior perda de água transepidermica (LUND et al., 1999; SHWAYDER, AKLAND, 2005). Os lipídios da epiderme exercem importante função na integridade da pele e manutenção da barreira epidérmica. No entanto, o conteúdo lipídico da pele dos RN é menor devido à baixa atividade das glândulas sebáceas, e a barreira lipídica protetora não pode ser reproduzida por meios artificiais; por isso, é necessário o máximo cuidado para não haver destruição dessa barreira, que ocorre, principalmente, pelo uso inadequado de produtos químicos (TROTTER, 2006).

A derme dos RNs e lactentes apresenta menor quantidade de colágeno maduro do que a do adulto e, por conter elevada concentração de proteoglicanos, atinge maior teor de água (EICHENFIELD, HARDAWAY, 1999; ROCHA, HORTA, SELO-

RES, 2004). A pele desse grupo, são particularmente sensíveis ao excesso de secreções glandulares, aos ácaros, às bactérias presentes no ambiente exterior, condições atmosféricas extremas e às impurezas acumuladas na área da fralda. Essa pele também é mais facilmente agredida mecanicamente, como ocorre na zona de contato com as fraldas ou pela utilização de lenços de limpeza, que causa remoção repetida de células do estrato córneo (EICHENFIELD, HARDAWAY, 1999; LUND *et al.*, 1999). Os cuidados com a pele são fundamentais e podem minimizar a morbimortalidade no período neonatal. Além disso, é necessário ter em mente os aspectos particulares da pele dos bebês, para prevenir e evitar os riscos ligados aos produtos aplicados topicamente nessa faixa etária.

Assim, este estudo teve como objetivo realizar uma revisão da literatura sobre a importância da pele do recém-nascido (RN) e os cuidados necessários para manter sua integridade.

2 MATERIAIS E MÉTODOS

2.1 Tipo de estudo

Trata-se de uma revisão da literatura através da busca por materiais publicados em periódicos e livros nacionais indexados dos últimos dez anos, dos quais se procurou compreender e analisar a realidade estudada.

2.2 Coleta de dados

A elaboração desta revisão se iniciou a partir da identificação do tema e da percepção da necessidade de ter mais estudos relacionados ao tema. A busca dos artigos foi realizada nas bases de dados Scientific Electronic Library Online (Scielo) e da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Foram utilizados os seguintes descritores: cuidado, pele e recém-nascido. Os critérios de inclusão foram artigos científicos escritos em português e inglês publicados entre 1980 e 2020. Foram excluídos do estudo os artigos que não se enquadravam no recorte temporal, artigos com referências incompletas, editoriais, resumos de anais ou que não atendessem ao objetivo proposto.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Inicialmente, foram encontrados 60 artigos, sendo selecionados para análise 18 produções científicas nacionais que atenderam aos critérios de inclusão previamente estabelecidos e serviram de base para a análise. Em geral, os artigos abordavam os principais cuidados que se deve ter com a pele dos RNs, a fisiologia da pele e suas particularidades, fatores agressivos a pele do neonato e suas consequências, e cuidados

com a integridade da pele. Em relação ao tipo de estudo se encontrou, quatro estudos descritivos, dez artigos de revisão, dois estudos prospectivos e dois manuais.

A maioria dos artigos foi publicado nos anos de 2015 e 2017 (22,2% e 16,6%, respectivamente). No ano de 2019 não houve estudo que se enquadrou nos critérios de inclusão desse artigo. Apesar da relevância do tema, ele ainda é pouco explorado na área da pesquisa, visto que não foram encontrados muitos estudos nos últimos anos.

Todos os autores destacam a fragilidade e imaturidade da pele do RN, principalmente da epiderme e de sua camada mais externa, o estrato córneo, ratificando a importância da preservação da integridade dessa camada.

Araújo e colaboradores (2012) relatam que a dermatite se relaciona com a limpeza do períneo, além do tipo e marca da fralda, sugerindo atenção do cuidador para a avaliação da área perineal durante a troca de fraldas. Estes autores também destacam os riscos de irritação na pele ocasionados por fraldas descartáveis e pelo uso de pomadas antibióticas, que podem causar infecções secundárias por fungos.

Com relação ao banho do RN foram identificados dois estudos. Eles orientam que o banho deve ser prorrogado até o RNPT completar duas semanas de vida. Após este período, deve-se evitar banhos diários e utilizar apenas água morna para o banho e para a higiene da área dos genitais. No caso de RNPT extremo ou com a pele lesionada, os autores recomendam utilização de água esterilizada morna com bolas de algodão, e em RN a termo o banho deve ser prorrogado até que ocorra estabilização térmica e cardiorrespiratória (STADISKOSKI, PERIN, 2010; ARAÚJO *et al.*, 2012). Um estudo sugere o uso de sabonetes com pH neutro para a higiene da pele ou da área dos genitais do RN a termo (STADISKOSKI, PERIN, 2010). Compreende-se que o cuidado com a pele do RN é um processo amplo, que exige cientificidade, responsabilidade e comprometimento. Assim, com base nos estudos selecionados, percebe-se que o cuidado com a pele do RN merece atenção redobrada, devendo ser pautado, principalmente, em ações de prevenção e manutenção de sua integridade.

3.1 Anatomia e fisiologia da pele

A pele atinge cerca de 16% do peso corporal e é formada pela epiderme, derme e hipoderme. A epiderme, camada mais externa é composta por uma camada basal e pelo estrato córneo. Esta camada é responsável pela constante renovação da pele, produz os folículos pilosos que protegem a pele contra o ressecamento e contribui para o mecanismo de termorregulação (CUNHA MENDES, BONILHA, 2002; MCGURK, 2004). Na epiderme também encontramos as células de Langerhans, responsáveis pela resposta imunológica e as células de Merkel que fazem contato com as células nervo-

sas, sendo responsável pelo tato. Além dos melanócitos que produzem melanina e protege a pele dos raios ultravioletas. O estrato córneo é formado entre 32-34 semanas de idade gestacional, além de possibilitar uma barreira contra microrganismos e toxinas (FERREIRA, MADEIRA, 2004). Abaixo da epiderme está a derme, formada por tecido conjuntivo e adiposo. A hipoderme é a camada mais profunda da pele e pode ser composta por infiltrado de tecido adiposo para proteção de órgãos internos, contém vasos sanguíneos, terminações nervosas, glândulas sudoríparas, glândulas sebáceas e colágeno. A hipoderme atua como sustentação e une a pele e os órgãos subjacentes, tendo função de proteção e isolamento da pele (CUNHA MENDES, BONILHA, 2002; MCGURK, 2004).

3.2 Funções da pele

Destaca-se como uma das principais funções da pele a separação entre o meio interno do organismo e o meio externo, bem como a proteção das estruturas internas do organismo contra a ação de agentes externos, termorregulação, redução da perda de água e solutos prevenindo a desidratação, além de barreira contra traumas, radiação ultravioleta e sensação tátil (CUNHA MENDES, BONILHA, 2002; NEPOMUCENO, KURCGANT, 2008). As estruturas e funções da pele podem ser alteradas, após o nascimento, pelo meio ambiente e fatores comportamentais, tais como alterações na temperatura ambiental, na qualidade da hidratação do neonato, através do contato com agentes adstringentes e superfícies por longos períodos, como é o caso da fricção com fraldas, roupas e lençóis.

3.3 Principais alterações cutâneas fisiológicas

As alterações cutâneas fisiológicas são caracterizadas por serem habitualmente exclusivas do período neonatal e pelo seu carácter benigno e transitório, refletindo sobretudo a imaturidade dos vários compartimentos cutâneos, sendo o reflexo da transição da vida intrauterina para o meio exterior. Essas alterações são muitas vezes interpretadas como anormais e, portanto, geradoras de dúvidas para a família. Não necessitam de tratamento, mas o seu diagnóstico diferencial é imprescindível para observar situações patológicas e potencialmente graves que exigem reconhecimento e tratamento rápido (HEYL, 1989; PLANTIN, 1999; LOBO, MACHADO, SELORES, 2009).

3.3.1 Mancha Mongólica

Representa uma coleção de melanócitos muito alongados, localizados na derme. Ocorre predominantemente em neonatos de raça negra. São máculas ou manchas de coloração cinzento-azulada ou negra que se localizam preferencialmente na zona lom-

bo- sacra, porém podem existir em outras regiões, como nos ombros e nos membros. A tendência é de desaparecer por volta dos cinco anos (LOBO, MACHADO, SELORES, 2009).

3.3.2 *Cúrtis Marmorata*

Caracteriza-se clinicamente pela presença de um reticulado eritemato-violáceo no tronco e extremidades, normalmente resultado da dilatação dos capilares, quando o RN é exposto ao frio; fenômeno conhecido como acrocianose. Normalmente desaparece após aquecimento do RN (HEYL, 1989).

3.3.3 *Eritema Tóxico*

O eritema tóxico acontece na maioria dos RNs. A sua ocorrência parece relacionar-se com o peso ao nascimento e a idade gestacional, sendo raro em prematuros e neonatos com menos de 2500 g. A erupção clássica é a de uma mácula, pápula ou pústula amarelada. Atinge a face, depois o tronco e as extremidades, mas pode surgir em qualquer local do corpo, com exceção das palmas das mãos e plantas dos pés (LOBO, MACHADO, SELORES, 2009).

3.3.4 *Miliária*

É o termo utilizado para descrever a obstrução do ducto écrino, cujas manifestações variam dependendo do local exato da obstrução. Tende a ocorrer em lactentes de climas quentes. A causa desta obstrução é desconhecida, mas alguns autores acreditam que seja causada pela substância polissacarídica extracelular produzida pelo *Staphylococcus epidermidis*. A manifestação clínica depende do nível de obstrução do ducto, mas as principais são pequenas vesículas cristalinas que lembram gotas de água e que se rompem com facilidade (PLANTIN, 1999).

3.3.5 *Mília*

Os quistos de mília são uma das alterações fisiológicas mais frequentes dos RNs. Apresenta-se como pequenas pápulas brancas puntiformes únicas ou múltiplas, que aparecem em qualquer localização na superfície corporal, mas com mais frequência na face (zonas malares, nariz e mento). Tendem a desaparecer espontaneamente ao longo dos meses (LOBO, MACHADO, SELORES, 2009).

3.3.6 *Bolhas de sucção*

São bolhas com conteúdo seroso, rodeadas por pele normal. A ruptura desta bolha resulta habitualmente em erosão. Aparecem no dorso das mãos e antebraços, e

surgem devido à vigorosa sucção oral do RN nesse local, durante a vida intra-uterina (LOBO, MACHADO, SELORES, 2009).

3.4 pH cutâneo

O pH da pele naturalmente sofre alterações importantes para a prevenção de infecções ao neonato. O pH alcalino, comum nos primeiros dias após o nascimento, vai se tornando ácido ao passar dos dias e adquire uma camada ácida (pH abaixo de 5) conhecida como “manto ácido”, responsável por um sistema de proteção química e biológica contra microrganismos. No entanto, as exposições a agentes tópicos durante o banho bem como o contato com a urina podem desfazer o conhecido “manto ácido”, favorecendo a proliferação bacteriana e fúngica, e ainda podem provocar irritação e ressecamento da pele (NEPOMUCENO, KURCGANT, 2008). O mecanismo da acidificação da pele do neonato não é conhecido, porém sua relativa alcalinização tem sido atribuída ao vérnix caseoso, que tem um pH de 7,4 (PAQUETTE *et al.*, 2011; GOPALAKRISHNAN, GOEL, BANERJEE, 2012).

3.5 Medidas de cuidados com a integridade da pele e o banho do RN

Após o nascimento o primeiro banho da criança tem como finalidade reduzir a colonização de microrganismos e remover secreções maternas (MCGURK, 2004). É recomendado que o primeiro banho do neonato seja realizado após sete horas de seu nascimento quando seus sinais vitais estiverem estabilizados, mas deve ser observado se ele possui idade gestacional acima de 38 semanas, Apgar maior que sete, peso adequado para idade gestacional e temperatura corporal $\geq 36,8$ °C. A atualização através de estudos da rotina de banhos, cuidados preventivos, a dermatite de contato e a rotina do uso de produtos na pele devem ser destacados como temas indispensáveis, pois além de promoverem a integridade da pele do prematuro, ainda promovem a incorporação dessas medidas pelos familiares (NEPOMUCENO, KURCGANT, 2008).

A água do primeiro banho deve ser em temperatura ambiente e em ambiente fechado. O vérnix caseoso, revestimento de cor esbranquiçada presente na superfície cutânea dos RNs, não deve ser totalmente removido no primeiro banho. Esse revestimento está presente desde o último trimestre de gestação e protege a pele do feto durante o contato com o líquido amniótico intra-útero, e também atua como lubrificação na proteção da pele (KALINOWSKI, 2006).

Os cuidados com a pele do neonato são imprescindíveis, devido à fragilidade e imaturidade da epiderme. Cuidados especiais devem ser tomados na higiene e conservação da pele, com o objetivo de prevenir agressões mecânicas, químicas e infecções. O ideal para proteção da pele do bebê é o uso de produtos com pH ácido similar ao pH

cutâneo, uma vez que não interferem com tanta intensidade na microbiota (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

Fatores do meio ambiente também influenciam e podem afetar a função e a estrutura da pele, como a mudança de temperatura do meio que causa, alterações e ressecamento na pele e o contato com roupas, cobertores e fraldas, podem lesar a pele do bebê (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Associado a barreira epidérmica ineficaz, a pele do recém-nascido é a primeira interface com o ambiente. Por não estar totalmente formada, pode ser lesionada facilmente, por isso justifica-se a necessidade de uma maior atenção a esse órgão. Diante da revisão sobre a anatomia e fisiologia da pele do neonato, analisou-se que manter sua integridade é fundamental, pelo fato de diminuir os riscos de infecções e reduzir a morbimortalidade nessa faixa etária. Ressalta-se com base nos estudos selecionados, que a temática é relevante e atual, porém precisa ser mais abordada e aprimorada acerca dos conhecimentos dessa população neonatal. Os resultados obtidos podem contribuir para a melhoria da informação sobre os cuidados corretos com a pele do RN, como uma melhor higiene e prevenção de agravos.

REFERÊNCIAS

- AFSAR, F.S. Skin care for preterm and term neonates. **Clinical and Experimental Dermatology**, v. 34, p. 855-858, 2009.
- ARAÚJO, B.B.M. *et al.* A enfermagem e os (des) cuidados com a pele do prematuro. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, 2012.
- CUNHA, M.L.C.D.A.; MENDES, E.N.W.; BONILHA, A.L DE L. O cuidado com a pele do recém-nascido. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 23, n. 2, p. 6-15, 2002.
- EICHENFIELD, L.F.; HARDAWAY, C. Neonatal dermatology. **Current Opinion in Pediatrics**, v. 11, p. 71-74, 1999.
- FERREIRA, V.R.; MADEIRA, L.M. Lesões de pele em recém-nascidos na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e a Assistência de Enfermagem. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 8, n. 1, p. 165-252, 2004.
- GOPALAKRISHNAN, P.N.; GOEL, N.; BANERJEE, S. Saline irrigation for the management of skin extravasation injury in neonates. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, 2012.
- HEYL, T. The skin of the pre term-baby: a visual appraisal. **Clinical and Experimental Dermatology**, v. 11, p. 584-593, 1989.

- KALINOWSKI, C.E. (Coord.) Programa de Atualização em enfermagem: saúde da criança e do adolescente (PROENF). Ciclo 2. Mod. 4. Porto Alegre: Editora Artmed, 2006.
- LOBO, I.; MACHADO, S.; SELORES, M. Alterações cutâneas fisiológicas e transitórias do recém-nascido. **Nascer e Crescer**, v. XVIII, n. 1, 2009.
- LUND, C. *et al.* Neonatal skin care: the scientific basis for practice. **Journal of Obstetric, Gynecology and Neonatal Nursing**, v. 28, p. 241-254, 1999.
- MCGURK, V. *et al.* Skin integrity assessment in neonates and children. **Pediatric Nursing Journal**, v. 16, p. 15-18, 2004.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE, ATENÇÃO À SAÚDE DO RECÉM-NASCIDO - Guia para os profissionais de Saúde - Cuidados Gerais. 2012.
- NEPOMUCENO, L.M.R.; KURCGANT, P. Uso de indicador de qualidade para fundamentar programa de capacitação de profissionais de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, v. 42, n. 4, p. 665-672, 2008.
- NIKOLOVSKI, J. *et al.* Infant skin barrier maturation in the first year of life. **The Journal of the American Academy of Dermatology**, v. 56 (Suppl. 2): AB153 (Abstract P2400), 2007.
- PAQUETTE, V. *et al.* Describing Intravenous Extravasation in Children (DIVE Study). **The Canadian Journal of Hospital Pharmacy**, v. 64, n. 5, p. 340-345, 2011.
- PLANTIN, P. Troubles physiologiques de la peau et des muqueuses du nouveau-né. **Annales de Dermatologie et de Vénérologie**, v. 126, p. 927-932, 1999.
- PROGRAMA NACIONAL DE SEGURANÇA DO PACIENTE (PNSP). Portaria MS/GM Nº 529, 1 de abril de 2013. Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Brasília - DF- Brasil, p. 43-44, 2013.
- ROCHA, N.; HORTA, M.; SELORES, M. Terapêutica tópica em dermatologia pediátrica. **Nascer e Crescer**, v. 13, p. 215-225, 2004.
- SHWAYDER, T.; AKLAND, T. Neonatal skin barrier: structure, function and disorders. **Dermatologic Therapy**, v. 18, p. 87-103, 2005.
- STADISKOSKI, M.F.S.; PERIN, T. O cuidado com a pele do recém-nascido prematuro. **Revista Enfermagem Atual**, v. 10, n. 58, p. 23-27, 2010.
- TAMEZ, R.N.; SILVA, M.J.P. Enfermagem na UTI neonatal: Assistência ao recém-nascido de alto risco. 2nd ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1999.
- TROTTER, S. Neonatal skincare: why change is vital. **The Official Journal of the Royal College of Midwives**, v. 9, p. 134-138, 2006.
- VISSCHER, M.O. Update on the use of topical agents in neonates. **Newborn & Infant Nursing Reviews**, v. 9, n. 1, p. 31-47, 2009.

CAPÍTULO 8

PREVENÇÃO DE HIPOTERMIA EM PACIENTES DE CIRURGIA CARDÍACA

HYPOTHERMIA PREVENTION IN HEART SURGERY PATIENTS

*Rozeli Brandão da Silva Mendes Leite¹
Marcelo Costa Vicente²*

DOI: 10.46898/rfb.9786558890669.6

¹ Hospital Universitário Cassiano Antônio de Morais. rozebrandao@yahoo.com.br
² Hospital Universitário Cassiano Antônio de Morais. enfmarcelovicente@gmail.com

RESUMO

A hipotermia é classificada e definida como a temperatura corporal menor do que 36°C, na qual o organismo é incapaz de gerar calor suficiente para a realização de todas as suas funções. O estudo desenvolvido compreendeu a pesquisa bibliográfica, de caráter exploratório-descritivo com análise qualitativa, sendo o método utilizado a revisão bibliográfica. Destacou-se como objetivo identificar os principais fatores desencadeantes para a hipotermia no período anestésico-cirúrgico para as cirurgias cardíacas. A hipotermia é acometimento comum aos pacientes submetidos a procedimentos anestésico-cirúrgicos, portanto, é necessário que o enfermeiro identifique todas as formas de ocorrência a fim de proporcionar uma assistência qualificada e segura a esses pacientes.

Palavras-Chave: Hipotermia. Centros cirúrgicos. Período perioperatório.

ABSTRACT

Hypothermia is classified and defined as a body temperature below 36°C, in which the body is unable to generate enough heat to perform all its functions. The developed study included bibliographic research, of exploratory-descriptive character with qualitative analysis, being the method used the bibliographic review. The objective was to identify the main triggering factors for hypothermia in the anesthetic-surgical period for cardiac surgery. Hypothermia is a common affection for patients undergoing anesthetic-surgical procedures, therefore, it is necessary for nurses to identify all forms of occurrence in order to provide qualified and safe care to these patients.

Keywords: Hypothermia. Surgical centers. Perioperative period.

1 INTRODUÇÃO

As cirurgias cardiovasculares são procedimentos de elevada complexidade e na maior parte dessas cirurgias são de longa duração, e sendo necessária a utilização da CEC (Cirurgia Extra Corpórea) na maioria dos procedimentos, mantendo toda circulação sanguínea dentro dos parâmetros fisiológicos, garantindo todo o funcionamento dos órgãos e tecidos (TORRATI; DANTAS, 2012).

A hipotermia é uma das mais importantes complicações no período perioperatório e o processo do cuidado da equipe de enfermagem e da equipe médica dentro do centro cirúrgico é a única forma de atenuar os índices dessas complicações (MENDOZA; PENICHE, 2012). A diminuição da temperatura pode acometer mais de 70% dos pacientes submetidos ao procedimento anestésico-cirúrgico, favorecendo complicações importantes ao paciente, como: elevação da taxa de morbidade; acréscimo das taxas de incidência de infecção do sítio cirúrgico; aumento da demanda cardíaca e de

oxigenação na presença de tremores corpóreos e os prejuízos da função plaquetária (BIAZZOTTO; BRUDNIEWSKI, 2006).

A prevenção da hipotermia é de grande relevância, devido seus efeitos prejudiciais a recuperação dos pacientes - estudos atuais ainda divergem em relação ao método mais eficaz para o aquecimento do paciente.

O presente estudo tem por objetivo identificar os principais fatores desencadeantes para a hipotermia no período anestésico-cirúrgico para as cirurgias cardíacas.

Diante desse cenário o presente trabalho justifica pela importância em promover uma temperatura adequada ao paciente na sala operatória afim de evitar problemas fisiológicos ao paciente.

O estudo caracteriza-se pelo estudo de natureza qualitativa, com realização de revisão bibliográfica utilizando-se a base de dados de artigos científicos utilizando como descritores em ciências da saúde: Hipotermia. Centro cirúrgico. Período perioperatório.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Centro cirúrgico e a hipotermia

As doenças cardíacas são uma das grandes causas de mortalidade em todo o mundo. A cirurgia cardíaca é uma forma benéfica para aumentar a sobrevivência dos pacientes e reduzir a morbimortalidade, os grandes avanços tecnológicos tem como função de prolongar a vida dos pacientes (SOUZA; COSTA, 2020).

As doenças cardiovasculares são predominantes no mundo e se refere à causa principal de mortalidade mundial e caracteriza-se como um grave problema de saúde pública. No Brasil, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), cerca de 30% dos óbitos são ocasionados por doenças cardiovasculares; são aproximadamente 300 mil mortes por ano, sendo a Hipertensão Arterial (HA) responsável por 40% destes casos. A prevalência estimada de HA no Brasil atualmente é de 35% da população acima de 40 anos (NASCIMENTO et al., 2014).

O ambiente do centro cirúrgico é um ambiente favorável para o desenvolvimento da hipotermia no período intraoperatório devido a diversos fatores desencadeantes, como por exemplo, a baixa temperatura da sala de operação (SILVA; PENICHE, 2014). A hipotermia é ponderada como a temperatura corporal menor que 36°C, sendo um evento comum no período perioperatório, acometendo 70 a 90% dos pacientes submetidos ao procedimento anestésico-cirúrgico, podendo desencadear complicações significativas (TOROSSIAN, et al, 2015).

Dentre as principais complicações descritas no meio científico são: acréscimo da taxa de morbidade, elevação da incidência nas taxas de infecção do sítio cirúrgico, aumento na demanda fisiológica do coração, aumento da exigência da oxigenação e efeitos deletérios na função plaquetária (SCOTT; BUCKLAND, 2006). Ainda segundo Frank *et al* (1992) ocorrem ainda diminuição do fluxo sanguíneo em todos os sistemas, devido a vasoconstrição, arritmias cardíacas e o aumento da demanda tissular de oxigênio de 400 a 500%.

A hipotermia pode ser classificada em não intencional (acidental) e terapêutica. A não intencional é basicamente acometida em todos os pacientes nas salas operatórias – em pacientes submetidos a procedimentos anestésico-cirúrgicos. Ainda são advindos de vários fatores, como por exemplo, perda exagerada de calor, inibição da termorregulação fisiológica, ou ausência de cuidados adequados básicos ou essenciais para sua prevenção. Já a hipotermia terapêutica, também conhecida como “hipotermia provocada”, é realizada pela equipe médica, tendo como objetivo de terapêutica intraoperatória. A hipotermia pode ainda ser classificada em leve (de 36 a 34°C), moderada (entre 34 e 30°C) e grave (menor do que 30°C) (SOUZA; COSTA, 2012).

Quando se fala da fisiologia do corpo humano, num momento que sofre um aumento da temperatura corporal, existem os mecanismos que agem na sua redução da temperatura, como: a vasodilatação, a sudorese e a diminuição da produção de calor. Em compensação, quando o corpo está em exposição ao frio extremo, o organismo reage com vasoconstrição da pele em todo o corpo, piloereção e acréscimo da produção de calor, por meio dos calafrios, excitação simpática da produção de calor e aumento da produção de tiroxina – hormônio produzido pela tireóide (GUYTON, 2002).

As medidas de implementação para a prevenção e o tratamento para redução da hipotermia, no período perioperatório, não reduz apenas uma a sensação desagradável do paciente, mas também consiste em intervenções eficazes no controle das complicações associadas a esse evento (SCOTT; BUCKLAND, 2006).

2.1.1 Atuação da enfermagem na prevenção de hipotermia em cirurgia cardíaca

A atuação da equipe de enfermagem frente às complicações no período perioperatório a hipotermia, vem sendo discutida no meio científico como uma das ferramentas utilizadas pela equipe de enfermagem como forma de diminuição de índices das complicações dentro do centro cirúrgico (MENDOZA; PENICHE, 2012).

A prevenção da ocorrência da hipotermia é um aspecto muito relevante, uma vez que seus efeitos imprevisíveis vêm prejudicando a recuperação dos pacientes no período intra operatório, e alguns estudos relatam em literatura, que não existe uma

forma ou relação de qual método utilizado para prevenção da hipotermia é o mais eficaz para o aquecimento do paciente (MUNIZ et al, 2014).

Portanto, para oferecer uma assistência integral, individualizada e direcionada às necessidades do paciente cirúrgico, é indispensável que os enfermeiros identifiquem precocemente a ocorrência da hipotermia. Dessa forma, toda a assistência de enfermagem é direcionada para as demandas do paciente cirúrgico, viabilizando a diminuição de possíveis complicações e evitando problemas na recuperação (SANTANA et al, 2014).

A enfermagem no período perioperatório busca a qualidade da assistência e a segurança do paciente cirúrgico. Portanto, o conhecimento prévio sobre as manifestações clínicas e as complicações dos eventos adversos durante o procedimento cirúrgico é fundamental para a elaboração de planos de cuidados mais eficazes e eficientes ao paciente (PRADO, et al, 2015).

Esses dados sugerem que o enfermeiro deve trabalhar com o fator de risco para o desenvolvimento de hipotermia desde o pré-operatório, tendo em vista que os efeitos desse quadro poderão ser minimizados e/ou até mesmo evitados no decorrer do processo cirúrgico, o que contribuirá de forma significativa para a dinâmica da unidade, além de oferecer segurança ao paciente (RIBEIRO, et al 2016, p, 72).

Alguns fatores favorecem a hipotermia em pacientes perioperatório, como: a realização de antissepsia da pele no cuidado antes de sobrepor os campos cirúrgicos, manter o paciente com partes do corpo descoberto, administrações de soluções frias no transcorrer do procedimento, na anestesia geral - a inalação de gases frios, a presença das cavidades ou feridas abertas expostas a temperatura mais fria na sala operatória e o uso de drogas anestésicas que desfiguram o mecanismo de termorregulação (SILVA; PENICHE, 2014).

Estudos de Ribeiro et al (2016) destacou que a anestesia geral, existe maior risco de desenvolvimento de hipotermia não intencional perioperatória. *“A indução anestésica é responsável por redução de 20% na produção metabólica de calor”* (BIAZZOTTO et al, 2006, s/p). Devido a deficiência nos mecanismos fisiológicos e termorregulatórios da anestesia geral somada à capacidade prejudicada em manter os mecanismos de compensação, como tremores, vasoconstrição periférica e sensação térmica, alterações próprias da anestesia, contribui para medidas de temperaturas mais baixas (RIBEIRO et al, 2016).

Durante o momento intraoperatório existe a inibição do mecanismo fisiológico, em virtude da anestesia, diversos autores indicam cobrir partes das áreas expostas do paciente durante todo o procedimento cirúrgico, com a função de proteger do frio

(SESSLER, 2001). E ainda o mesmo autor revela que uma simples camada de algum tipo de aquecimento, tem uma redução de perda de calor em 30%.

Segundo Biazzotto et al, (2006) hoje em dia, a manutenção para a prevenção da hipotermia no período perioperatório é um objeto de estudo na prática reconhecido. No entanto, novos estudos ainda são necessários para descrever os mecanismos das complicações relacionadas à baixa temperatura e desenvolver práticas capazes de restabelecer o equilíbrio no período perioperatório. Abaixo evidencia as consequências da hipotermia perioperatório no paciente:

Quadro I - Complicações de Hipotermia

Sistemas	Complicações
Cardiovascular	Isquemia miocárdica Hipertensão arterial Taquicardia Trombose venosa profunda
Coagulação	Ativação plaquetária Coagulopatia
Imunológico	Aumento da incidência de infecção no local cirúrgico
Alterações hidroeletrólíticas	Hipocalemia Hipomagnesemia Hipofosfatemia
Alterações endócrino-metabólicas	↓ Corticóides ↓ Insulina ↑ Resistência periférica a insulina ↑ TSH → ↑ tiroxina Hipeglicemia Hipoglicemia

TSH = hormônio estimulante da tireóide

Fonte: Biazzotto et al, (2006, s/p)

Alguns tipos de aquecimentos podem ser passivos (isolante térmico) como: cobertores, lençóis dobrados e mantas aluminizadas. Os aquecimentos ativos são: manta de ar aquecido e colchão térmico, esses métodos são realizados em toda a extensão do corpo, que não seja no sítio cirúrgico (SESSLER, 1997). Alguns estudos evidenciam divergências em relação qual o melhor método e qual seria o mais eficaz. Existem estudos que revelam que o aquecimento ativo tem melhores resultados, principalmente com a utilização de manta de ar aquecido, mantendo a temperatura corporal mais próxima ou igual a estado de normotermia (BRAZ; VANNI; CROITOR, 2001).

Tabela 1 - Medidas de aquecimento, passivo e ativo, utilizadas na prevenção da hipotermia durante cirurgias cardíacas.

Medidas de Aquecimento Passivo
<p>Sistema de refrigeração mantido desligado até o início da cirurgia;</p> <p>Proteção de membros inferiores com algodão ortopédico e ataduras de crepe;</p> <p>Proteção extra com cobertores, lençóis, cobertores na região de tórax e ombro, e após colocação dos campos cirúrgicos</p>
Medidas de Aquecimento Ativo
<p>Irrigação aquecida da cavidade abdominal;</p> <p>Fluidos aquecidos para terapia venosa;</p> <p>Aquecimento por ar quente forçado</p>

Fonte: Danczuk et al, (2015, p. 581).

2.1.2 Benefícios da hipotermia para as cirurgias cardíacas

A hipotermia para as cirurgias cardíacas num momento do procedimento, apresentam um efeito protetor em condições controladas adequadamente para o sistema nervoso central (proteção encefálica, contra isquemia) e para as células miocárdicas. Existem alguns estudos evidenciam o andamento na busca de métodos apropriados de resfriamento ativo e de alguns medicamentos que diminuem as respostas termorreguladoras do organismo à hipotermia, tornando o resfriamento um método rápido eficaz e seguro (BIAZZOTTO, 2006).

A hipotermia confere neuroproteção quando há isquemia transitória, diminuindo o consumo de oxigênio, com redução da taxa metabólica cerebral e diminuição da liberação de neurotransmissores excitatórios. A hipotermia profunda (25 a 20° C) e grave (< 20°C) possibilita melhor exposição do campo operatório, facilitando a técnica cirúrgica, além de diminuir significativamente a taxa metabólica cerebral de oxigênio - entre 6 e 10% para cada grau centígrado abaixo de 37°C (POLDERMAN, 2009, p. s/p).

Na máquina de circulação extracorpórea é fundamental para a indução da hipotermia assistida em um período do tempo, chamado de cardioplegia. Um componente da máquina chamado de trocador de calor, tem a função de promover uma troca de temperatura entre o sangue e água sem o contato direto, porém, promove trocas térmicas através de convecção. A água com gelo é circulada por uma bomba conectada à máquina de CEC e que tem a finalidade de aquecer/resfriar o sangue do paciente ou resfriar a solução de cardioplegia (BIAZZOTTO, 2006).

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar dos resultados positivos em relação à hipotermia assistida e induzida, verifica-se que existem outros métodos de prevenção a hipotermia para uma segurança adequada a paciente cirúrgico, procedente de uma cirurgia cardiovascular.

Dessa forma, destaca-se a importante a assistência do enfermeiro nos mecanismos de prevenção e detecção precoce da diminuição da temperatura, bem como a conscientização de todos os componentes da equipe cirúrgica sobre a redução de temperatura em sala cirúrgica, controle de temperatura da sala cirúrgica com termômetros de parede, utilização de mantas térmicas ligadas aos aquecedores, aquecimento de fluidos intravenosos, controle da temperatura corporal através de termômetros esofágicos e dentre outros fatores, uma vez que aproximadamente 90% da perda de calor do corpo, durante o processo cirúrgico-anestésico, ocorrem pela superfície da pele.

Finalizando a melhor forma de reduzir a perda de calor pela pele do paciente, está no controle da temperatura ambiente, no uso dos dispositivos ativos e passivos de conservação da temperatura do paciente, no controle e na avaliação clínica do paciente, e principalmente pelo aquecimento de ar quente forçado e na manutenção de temperatura dos fluidos intravenosos.

REFERENCIAS

BIAZZOTTO, C.B.; BRUDNIEWSKI, M.; SCHMIDT, A.P.; AULER JÚNIOR, J.O.C, Hipotermia no período peri-operatório. *Rev. Bras. Anesthesiol.* v.56, n 1, Campinas Jan./Feb. 2006.

BRAZ, J.R.C.; VANNI, S.M.D.; CROITOR, L.B.J. Hipotermia perioperatória na anestesia geral - fisiopatologia, prevenção e tratamento. *Anesthesiologia*, v 2, n 4, p. 7-12, 2001.

DANCZUK, R.F.T.; NASCIMENTO, E.R.P.; SILVEIRA, N.R.; HERMIDA, P.M.V.; RASÍA, M.A. Métodos de aquecimento na prevenção da hipotermia no intraoperatório de cirurgia abdominal eletiva. *Esc Anna Nery*, v 19, n 4, p. 578-584, 2015.

FRANK, S.M.; BEATTIE, C.; CHRISTOPHERSON, R.; NORRIS, E.J.; ROCK, P.; PARKER, S, et al. Epidural versus general anesthesia, ambient operating room temperature, and patient age as predictors of inadvertent hypothermia. *Anesthesiology*. v 77, n 2, p. 252-7, 1992.

GUYTON, A.C. Energética, metabolismo e regulação da temperatura corporal. In: Guyton AC. *Tratado de fisiologia médica*. 10a. ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2002.

MENDOZA, I.Y.Q.; PENICHE, A.C.G. Intervenção educativa sobre hipotermia uma estratégia de ensino para aprendizagem de enfermagem. *Rev Esc Enferm USP*, v 46, n 4, p. 851-7, 2012.

MUNIZ, G.S.; TELES, N.S.B.; LEITÃO, I.M.T.A.; ALMEIDA, P.C.; LEITÃO, M.C. Hipotermia acidental: implicações para os cuidados de enfermagem no transoperatório. **Rev SOBECC**. V 19, n 1, p.79-86, 2014.

NASCIMENTO, F.I.M., et al. Atribuições do enfermeiro perfusionista em cirurgia cardíaca nos hospitais do município de Teresina-PI. **Revista Interdisciplinar**, Rio de Janeiro, v.7, n.1, p.68-75, jan. fev. mar. 2014.

POLDERMAN, K.H. Mechanisms of action, physiological effects and complications of hypothermia. **Crit Care Med**, v 37, p. 186-202, 2009.

PRADO, C.B.C.; BARICHELLO, E.; PIRES, P.S.; HAAS, V.J.; BARBOSA, M.H. Ocorrência e fatores associados à hipotermia no intraoperatório de cirurgias abdominais eletivas. **Acta paul enferm**, v 28, n 5, p. 475-481, 2015.

RIBEIRO, E.; NAVARRO, N.T.; ARMEDE, V.C.B.; RODRIGUES, H.S.; VALLE, J.P.; DURAN, E.C.M. Frequência de hipotermia não intencional no perioperatório de cirurgias eletivas **Rev. SOBECC**, São Paulo. ABR./JUN.; v 21, n 2, p. 68-74, 2016.

SANTANA, R.F.; DELPHINO, T.M.; HENRIQUES, N.M.; SOUZA, P.A.; SOARES, T.S.; PEREIRA, S.K. Diagnóstico de enfermagem recuperação cirúrgica retardada. **Rev Rene**. V 15, n 3, p. 533-42, 2014.

SCOTT, E.M.; BUCKLAND, R. A systematic review of intraoperative warming to prevent postoperative complications. **AORN J**. v 83, n 5, p. 1090-104, 2006.

SESSLER, D.J. Complications and treatment of mild hypothermia. **Anesthesiology**. v 95, n 2, p. 531-4. 2001.

SESSLER, D.J. Mild perioperative hypothermia. **Engl J Med**. v 336, n 24, p.1730-7, 1997.

SILVA, A.B.; PENICHE, A.C.G. Hipotermia perioperatória e aumento de infecção da ferida cirúrgica: estudo bibliográfico. **Einstein**, v 13, n 4, p. 512-517, 2014.

SILVA, A.B.; PENICHE, A.C.G. Hipotermia perioperatória e aumento de infecção da ferida cirúrgica: estudo bibliográfico. **Einstein** 2014. v 12, n 4, p. 512-517, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1679-45082014000400513&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em 25 de agosto de 2020.

SOUZA, V.P.; COSTA, J.R.R. Hipotermia: evidências científicas. **Medicina perioperatória**. Disponível em: <http://www.saj.med.br/uploaded/File/artigos/Hipotermia.pdf>. Acesso em 20 jul. 2020.

TOROSSIAN, A.; BRÄUER, A.; HÖCKER, J.; BEIN, B.; WULF, H.; HORN, E.P.; Preventing inadvertent perioperative hypothermia. **Dtsch Arztebl**. v 112, n 10, p. 166-172, 2015.

TORRATI, F.G; DANTAS, R.A.S. Circulação extracorpórea e complicações no período pós-operatório imediato de cirurgias cardíacas. **Acta Paulista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v.25, n.3, p.340-345, 2012.



CAPÍTULO 9

ATENÇÃO DE ENFERMAGEM À FAMÍLIA DO PORTADOR DE TRANSTORNO MENTAL

DIFFICULTIES IN MANAGING ORTHETICS, PROSTHESES AND SPECIAL MATERIALS IN A SURGICAL CENTER

*Benedita Maryjosé Gleyk Gomes¹
Aline de Sousa Rocha²
Roberta Meneses Sousa³
Talita Sousa Batista⁴
Fernanda Sousa Teixeira⁵
Rayane da Costa Santos⁶
Adriana Alves de Sousa⁷*

DOI: 10.46898/rfb.9786558890669.9

1 Enfermeira; Ufma; Mestra em Gestão e Desenvolvimento Regional; Especialista em Saúde Mental; Email: bene.belo@outlook.com

2 Enfermeira; Facimp; Especialista em UTI adulto e Nefrologia; Email: lillydarocho@hotmail.com

3 Enfermeira; Ufma; Especialista em Saúde do Idoso; smrbeba@gmail.com

4 Enfermeira; Ufma; Email: love_talita@hotmail.com

5 Enfermeira; Unisulma; Especialista em Saúde da Família e Saúde do Trabalhador; Email: manda.teix@hotmail.com

6 Enfermeira; Ufma Especialista em Urgência e Emergência em Enfermagem; Atenção domiciliar; Gestão de Saúde e Educação na Saúde para preceptores do SUS; Email: rayane_santos220289@hotmail.com

7 Enfermeira; Ufma; Especialista em Saúde da Família e Enfermagem do Trabalhador; Email: adriana.alves.sousa@hotmail.com

RESUMO

Este artigo surge da reflexão de como se dá o cuidado de enfermagem aos familiares de indivíduos com transtornos mentais. Teve como objetivo descrever de que forma a enfermagem tem prestado assistência aos familiares dos indivíduos com transtorno mental, relacionando os resultados da pesquisa bibliográfica com as práticas dos profissionais de enfermagem nos serviços de saúde mental nos CAPS (CAPS II e CAPS AD III) no município de Palmas. O material bibliográfico utilizado foi retirado das bases de dados Lilacs, Scielo e Caderno brasileiro de saúde mental. Como resultados, a carência de trabalhos que retratem o tema em questão, profissionais que ainda necessitam de qualificação na saúde mental, relações e diferenças existentes entre a experiência vivenciada e a bibliografia. Concluimos, então, uma real necessidade de qualificação profissional, bem como a demanda de equilíbrio entre as atividades de atenção em saúde mental e as administrativas e burocráticas, nos serviços de atenção psicossocial. Entretanto, mesmo em meio à essa realidade, é possível que o enfermeiro preste um serviço de qualidade, procurando sempre se distanciar das práticas manicomialis que ainda estão muito vivas, em alguns profissionais e serviços.

Palavras-Chave: Transtorno mental; relações familiares; enfermagem.

ABSTRACT

This article comes from the reflection of how nursing care is given to the relatives of individuals with mental disorders. The purpose of this study was to describe the way in which nursing has provided assistance to the families of individuals with mental disorders, relating the results of the bibliographic research with the practices of nursing professionals in the mental health services in CAPS (CAPS II and CAPS AD III) in the municipality Of Palmas. The bibliographical material used was taken from the databases Lilacs, Scielo and Brazilian Notebook of mental health. As results, the lack of works that portray the theme in question, professionals who still need qualification in the mental health, relationships and differences between the lived experience and the bibliography. We conclude, then, a real need for professional qualification, as well as the demand for a balance between mental health care and administrative and bureaucratic activities in psychosocial care services. However, even in the midst of this reality, it is possible for nurses to provide a quality service, always trying to distance themselves from the practices that are still very much alive in some professionals and services.

Keywords: Mental disorder; family relationships; nursing

1 INTRODUÇÃO

A reforma psiquiátrica no Brasil deve ser entendida como um complexo processo político e social, uma vez que abrange uma série de atores de diferentes origens. Tendo início por volta da década de 70, o movimento levantava a bandeira da luta pelos direitos dos pacientes psiquiátricos. Esse processo de reforma divide-se em dois momentos, o primeiro como uma crítica ao modelo asilar e hospitalocêntrico e o segundo é marcado pela instalação dos serviços de atendimento extra-hospitalares (MESQUITA, et. al., 2010)

No final da década de 80, no Brasil, aconteceu o II Congresso Nacional do Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), permitindo a concretização do Movimento da Reforma Psiquiátrica. Mesmo período em que deu entrada no Congresso Nacional o projeto de Lei do Deputado Paulo Delgado, propondo a regulamentação dos direitos das pessoas com transtornos mentais e a extinção dos hospícios no país, sendo essa aprovada no ano de 2001 (MESQUITA, et. al. 2010)

Deste modo, a Lei Paulo Delgado (Lei 10.216/ 2001) redireciona o cuidado em saúde mental, priorizando os serviços de base comunitária, e dispendo sobre os direitos das pessoas com transtornos mentais. Ainda antes de sua aprovação esta lei já mostrava significativa importância para o Movimento de Reforma, fator percebido através da criação de programas como o “*De volta pra casa*”, que dispõe sobre a regulamentação do auxílio reabilitação psicossocial a pacientes que tenham permanecido em longas internações psiquiátricas, tendo como objetivo contribuir efetivamente para o processo de reinserção social dessas pessoas, incentivando a organização de uma rede ampla e diversificada de recursos assistenciais e de cuidados.

O cuidado ao doente mental acontecia distante do convívio familiar, fato imposto pelos planos de tratamento da época. A Psiquiatria entendia o indivíduo adoecido como uma ameaça a família, pois acreditava que havia, necessariamente, ligação direta entre periculosidade e loucura; além de que esse indivíduo seria um modelo negativo àqueles de seu convívio diário (TAVARES et al, 2011)

Diante do novo modelo de assistência, o modelo psicossocial, que busca a substituição e superação do modelo asilar e garantia dos direitos de cidadania das pessoas com transtornos, bem como a promoção da autonomia e o exercício da cidadania desses, a família passa a ser vista como principal ator social para a efetividade da assistência, tornando-se o grupo com maior potencial de acolhimento e capacidade de ressocializar os seus integrantes. (BORBA et al., 2010)

O retorno da pessoa com transtorno mental ao ceio familiar é polêmico, pois os familiares passam a sofrer com as alterações na rotina doméstica, restrição das atividades sociais e profissionais, sobrecargas financeiras, bem como reações emocionais, como a sensação de incomodo na realização de tarefas diárias e a preocupação com esses pacientes. (TESSELE e GAMCHE, 2000)

Isso posto, surgiram uma série de conflitos contra a Reforma Psiquiátrica, tendo como representantes principais; os familiares dos doentes, proprietários de asilos e a indústria farmacêutica. Para muitos familiares, eram tantas recaídas, crises e fracassos, que eles encontravam-se temerosos e resistentes diante das propostas que surgiam dos serviços de saúde. Alegavam a necessidade de preparo para desenvolverem este cuidado e ausência de profissionais capacitados, para o enfrentamento e adaptação às situações de crise (COLVERO et al, 2004).

Ainda nos dias atuais é possível observar que, em alguns municípios brasileiros, não existe serviços suficientes para dar suporte ao indivíduo e a família. Em Palmas, capital do Tocantins, por exemplo, são dois Centros de Atenção Psicossocial (CAPS AD III e CAPS II) para uma população de aproximadamente 305 mil habitantes, onde a equipe do CAPS AD III conta com aproximadamente 23 profissionais (equipe multiprofissional) e a equipe do CAPS II com uma equipe de aproximadamente 14 profissionais (equipe multiprofissional). Essa realidade não ocorre apenas em Palmas, mas em muitos municípios no território nacional, o que continua gerando uma gama de problemas ao seio familiar, esse muitas vezes é visto como mero informante dos momentos de crise e como forma prática do doente seguir a terapêutica medicamentosa (PEGORARO e CALDANA, 2008).

Vários são os estudos que apontam as mais diversificadas formas de problema e dificuldade encontrada pela família do doente. Sendo possível destacar o sentimento de insegurança e medo diante da imprevisibilidade das crises, dificuldade na reorganização da estrutura familiar, dificuldade de lidar com as formas de se manifestar da doença, com os delírios, alucinações e os sintomas negativos, e na maioria dos casos a agressividade voltada ao cuidador (COLVERO et al, 2004).

As ações de saúde voltadas as famílias necessitam trabalhar principalmente o fortalecimento dos vínculos entre esses, as instituições de saúde e a pessoa com necessidades relacionadas a saúde mental. Compreendendo que a família é parte indispensável ao tratamento, a enfermagem neste contexto, procura conhecer e compreender o histórico no qual a família está inserida, para então criar, juntamente com o usuário e os familiares, orientações construtivas, devendo ter a ciência de não fazer julgamentos do que seria melhor ou pior ao tratamento da pessoa, mas oferecer suporte para que

a família faça esta análise e então decida quais ações serão validas (TAVARES et al, 2011).

2 OBJETIVOS

Descrever de que forma a enfermagem tem prestado assistência aos familiares dos indivíduos com transtorno mental, relacionando os resultados da pesquisa bibliográfica com as prática dos profissionais de enfermagem nos serviços de saúde mental nos CAPS (CAPS II e CAPS AD III) no município de Palmas.

3 MÉTODO

A pesquisa instrumentalizou-se por meio de revisão bibliográfica, sendo que esta é desenvolvida com base em materiais já elaborados, constituídos principalmente de livros e artigos científicos. Este tipo de pesquisa permite a consideração de múltiplos estudos, acolhendo conclusão ampla e geral de uma determinada área por meio da análise de materiais já publicados em revistas, livros dentre outros (GIL, 2008). A busca bibliográfica foi desenvolvida nas bases de dados Scielo, Lilacs e Caderno Brasileiro de Saúde Mental, nos meses de julho, agosto e setembro de 2016. Tendo por descritores; a família, o transtorno mental, o sofrimento familiar, o doente mental e cuidado de enfermagem a família.

Como critérios de inclusão, foram selecionados artigos brasileiros que estivessem disponíveis na integra e que contemplassem a proposta da pesquisa. Os critérios de exclusão foram aos artigos que tratavam do cuidado a família do indivíduo com transtorno mental enquanto atenção básica de saúde, uma vez que a proposta foi tratar da realidade dentro dos Centros de Atenção Psicossocial, no município de Palmas. Com a leitura prévia de resumos e artigos, foram selecionados 19 (dezenove) desses e duas dissertações de mestrado.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A literatura destaca que ainda existe uma determinada carência de trabalhos que retratem o papel do enfermeiro nos serviços de saúde mental extra-hospitalares, no que tange o atendimento aos usuários e principalmente a família desses usuários.

Costa (2005) analisou a atuação de enfermeiros em serviços públicos de saúde mental, mostrando o descompasso entre a formação acadêmica desses e sua atuação nos serviços substitutivos ao modelo asilar. Este fator tem causado ao profissional enfermeiro insegurança diante da sua atuação e prestação de serviço. A autora acredita que esse descompasso se dê devido a fragmentação de saberes que ocorre ainda dentro da graduação, sendo então reproduzidos na atuação do profissional, que muitas vezes

não consegue prestar atendimento de forma adequada, pois não entendem a complexidade da necessidade dos usuários e família.

Vilela (2002), evidenciou que enfermeiros que trabalham em serviços abertos de saúde mental, estavam atuando com abordagens individuais e que a assistência recaía basicamente aos cuidados gerais, que seriam as ações e cuidados com a administração de medicamentos, assistência técnica e visitas domiciliares.

Castro (2007) confirmou em pesquisa, que muitos profissionais enfermeiros desenvolvem múltiplas ações dentro dos serviços, ações que permitiam as participações na equipe, a supervisão na enfermagem, a integração nas ações da instituição, não lhes restando tempo para voltar o cuidado direto ao usuário nem tão pouco às famílias.

É possível que na grande maioria das vezes a filosofia de trabalho e necessidades dos serviços, façam com que os trabalhadores desenvolvam praticas antigas, com uma nova roupagem. O enfermeiro ainda está muito voltado as ações burocrático-administrativas, incluindo o controle de medicação, e das rotinas do serviço. A autora descreve ainda que as atividades do enfermeiro estavam muito relacionadas à organização do trabalho como um todo, para que o atendimento dos demais profissionais ocorresse sem prejuízos ou comprometimentos, mas comprometendo muitas vezes a sua qualidade de atendimento (COSTA, 2005).

Diante da experiência vivenciada, enquanto residente do programa de saúde mental nos CAPS (CAPS AD III e CAPS II) do município de Palmas- Tocantins, é possível identificar e relacionar à literatura os casos em que o enfermeiro é “engolido” pelas necessidades que o serviço apresenta, muitas ações burocrático-administrativas, que impedem que o enfermeiro esteja mais próximo da comunidade. O enfermeiro que desenvolve seu trabalho nos CAPS da cidade de Palmas, ainda se depara com as limitações causadas pela necessidade de recursos materiais para o desenvolvimento de atividades terapêuticas e ausência de transporte para os serviços que precisam ser desenvolvidos na comunidade, principalmente visitas domiciliares, sendo essas de busca ativa ao usuário ou solicitadas pelos familiares.

É possível ainda relacionar à literatura, casos em que o enfermeiro permite a transparência do seu despreparo para atuar num serviço de saúde mental, enfermeiros que não percebem ou não se permitem enxergar que assistir a pessoa com transtorno mental e sua família exige de todas as profissionais novas formas de atuação, para que os serviços não reproduzam práticas características do modelo manicomial. O que a literatura utilizada não relatou, e que se destaca nos CAPS de Palmas, é a sobrecarga de trabalho, profissionais que se desdobram em dois ou até três outros empregos e que

acabam por serem desmotivados a desempenhar um atendimento de maior qualidade, fazendo com que a atenção à família esteja sempre em um outro plano de cuidado.

Os cuidados aos familiares nos CAPS de Palmas, ficam voltados quase sempre a casos especiais, em que a família procura o CAPS ou solicite visitas domiciliares. No entanto o familiar não deixa de ser assistido, pois a equipe multiprofissional se organiza de maneira que profissionais com outras formações acadêmicas (o serviço social, por exemplo), tenham grupos desenvolvidos nas instalações do CAPS, voltado inteiramente à família. Ainda assim, os enfermeiros desse serviços procuram sempre escutar as demandas dos familiares, acolhendo-o sempre que necessário, a escuta ao familiar e o acompanhamento ao mesmo é na verdade a chave de todo o tratamento e é tida como de grande importância por toda a equipe multiprofissional (PINTO, 2014).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho desenvolvido por enfermeiros e técnicos de enfermagem, ainda nos dias atuais apresentam características compatíveis com aquelas que definem o modelo de assistência manicomial. É imprescindível a reflexão crítica sobre a prática da enfermagem, sobretudo em espaços de reinserção e reabilitação como os CAPS. O enfermeiro muitas vezes tem idealizado o seu papel como terapêutico, o que acaba por pontuar a contradição entre a sua prática e seu discurso (CASTRO, 2007).

É esperado que o enfermeiro conseguisse assistir a família dos usuários, bem como os próprios usuários, de maneira distinta da que vinha assistindo, devendo passar de agente repressor e vigilante, para agente terapêutico, possibilitando a participação dos usuários e família no processo de tratamento, estimulando seu autocuidado, aumentando a autoestima e sua capacidade de reinserção em grupos sociais e comunitários.

Mesmo em meio a tanto trabalho burocrático, exigido quase sempre pela filosofia de funcionamento adotada pelos serviços de saúde mental e ainda a falta de recursos para o desenvolvimento das atividades e mesmo para a realização do acompanhamento aos usuários e família dentro da comunidade, a assistência da enfermagem não deve ficar restrita apenas à essas responsabilidades técnicas, mas deve adotar postura ética e solidária com o indivíduo que requer ajuda. Uma vez que, as mudanças na forma de perceber a doença mental e a substituição do aparato manicomial pelos serviços de reinserção preconizados pelo movimento da Reforma Psiquiátrica, não representam automaticamente mudanças dos trabalhadores da saúde à população (ARANHA, 2003).

Se faz necessário para a atuação do enfermeiro, que ele adquira habilidades para suprir a necessidade da população por ele atendida. Não sendo possível apenas a ação de delegar, mas principalmente de acolher, ouvir e interagir de modo terapêutico. Sendo então importante que exista uma análise sobre todas as dimensões do ser humano; ambiental, biológica, cultural, psicológica e social.

REFERÊNCIAS

- AMARANTE, P., Reforma Psiquiátrica e Epistemologia. Cad. Bras. Saúde Mental, Vol 1, no1, jan-abr. 2009
- ANDRADE, A. C. S., CARDOSO, B. D., SOUZA, J. E. A. P., CAMPOS, C. M., LIMA, G. Z., BURIOLA, A. A., Sentimentos de familiares de pacientes internados em emergência psiquiátricas: um olhar sobre a família. Cienc Cuid Saude 2016 Abr/Jun; 15(2): 268-274
- COSTA, A. S. S. M. A construção do saber da enfermeira na equipe multidisciplinar de serviços de atenção psicossocial. 2005. 116 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de São Paulo, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.
- ARANHA e SILVA, A. L. Enfermagem em Saúde Mental: a ação e o trabalho de agentes de enfermagem de nível médio no campo psicossocial. 2003. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de São Paulo, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.
- BRITO, A. A. C., SILVA, D. S., AZEVEDO, D. M., Formação do acadêmico de enfermagem: Vivência na atenção dos usuários de drogas psicoativas. Esc Anna Nery (impr.)2012 abr -jun; 16 (2):395-400.
- BORBA, L. O., PAES, M. R., GUIMARÃES, A. N., LABROCINI, L. M., MAFTUM, M. A. A família e o portador de transtorno mental: dinâmica e sua relação familiar. Rev. Esc. Enferm. USP 201; 45(2):442-9
- BORBA, L. O., SCWARTZ, E., KANTORSKI. L. P, A sobrecarga da família que convive com o transtorno mental. Acta Paul Enferm 2008; 21 (4): 588-94.
- BRASIL, Ministério da Saúde- Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil- Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília, 07 a 10 de novembro de 2005.
- COLVERO, L. A., IDE, C. A. C., ROLIM, M. A., Família e doença mental: A difícil convivência com a diferença. Rev. Esc. Enferm. USP 2004; 38 (2): 197- 205.
- CAMPANA, M. C., SOARES, M. H., Familiares de pessoas com esquizofrenia: sentimentos e atitudes frente aos comportamentos agressivos. Cogitare Enferm. 2015 Abr/ Jun; 20(2): 338-44
- CASTRO, M., Atenção do enfermeiro em Centro de Atenção Psicossocial. Ribeirão Preto- 2007

- COSTA, A. S. S. M. A construção do saber da enfermeira na equipe multidisciplinar de serviços de atenção psicossocial. 2005. 116 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de São Paulo, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.
- CARDOSO, L. C., GALERA, S. A. F., VIEIRA, M. V., O cuidador e a sobrecarga do cuidado à saúde de pacientes egressos de internação psiquiátrica.
- DIAZ, F. S., Os movimentos sociais na Reforma Psiquiátrica: o “novo” na história da psiquiatria no Brasil. Rio de Janeiro: s.n, 2008. 341 f.
- GONÇALVES, A. M., SENA, R. R., A Reforma Psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. Rev Latino-am Enfermagem 2001 março; 9(2): 48-55
- GIL, A. C., Como elaborar projeto de pesquisa. 4. Ed. São Paulo: Atlas, 2008.
- DIAS, C. B., SILVA, A. L. A. O perfil e ação profissional enfermeiro no Centro de Atenção Psicossocial. Rev. Esc Enfeem USP. 2010; 44(2): 469 – 75.
- MESQUITA, J. F., NOVELLINO, M. S. F., CAVALCANTI, M.T., A Reforma Psiquiátrica no Brasil um novo olhar sobre o paradigma da Saúde Mental. XVII Encontro Nacional de Estudos Populacionais, ABEP. Caxambu- MG, Brasil, de 20 a 24 de setembro de 2010.
- MIELKE, F. B., KANTORSKI, L. P., JARDIM, V. M. R., OLSCHOWSKY, A., MACHADO, M.S., O cuidado em saúde mental no CAPS no atendimento do profissional. Ciência e Saúde Coletiva, 14(1):159-164, 2009
- MORENO, V., Enfermeiros e a família do portador de transtornos mentais. Rev Bras Enferm, Brasília 2010 jul-ago; 63(4): 603-7.
- PEGORARO, R. F., CALDANA, R. H., Sofrimento psíquico em familiares de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Comunicação Saúde Educação. V. 12, n. 25, p. 295- 307, abr/jun, 2008.
- PEREIRA M. A. O., Representação da doença mental pela família do paciente. Interface Comunic, Saúde, Educ, v7, n12, p.71-82, fev 2003.
- PINTO, B. L. S. A Clínica da enfermagem no CAPS III. 2014.
- SANTOS, D. C. S. Estratégia de enfrentamento dos familiares cuidadores de pacientes psiquiátricos e sua relação com a sobrecarga. São João del Rei, PPGPSI- UFSJ, 2015.
- TESSER, R. C., GAMACHE, G. M. Family Experiences with Mental Illness Westport: Auburn House
- TAVARES, C. M. M., MUNIZ, M. P., ELIAS, A. D. S., SOUZA, M. T. Atenção de enfermagem à família do portador de transtorno mental: Contribuições para a Educação Permanente. Cien. Cuid. Saúde. 2012 out/ dez; 11(4): 767- 774.
- VILELA, C. V., Assistência de Enfermagem em serviços aberto de saúde mental: construindo a prática. 2002. 169 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2002.

WAIDMAN, M. A. P., ELSEN I.; O cuidado interdisciplinar do portados de transtorno mental no paradigma da desinstitucionalização. *Texto Contexto Enferm* 2005 Jul- Set; 14(3): 341-9.

CAPÍTULO 10

DIFICULDADES EM GERIR ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS EM CENTRO CIRÚRGICO

DIFFICULTIES IN MANAGING ORTHETICS, PROSTHESES AND SPECIAL MATERIALS IN A SURGICAL CENTER

Marcelo Costa Vicente¹

Rozeli Brandão da Silva Mendes Leite²

Larisse Cerqueira de Souza³

Sabrina Lamas Costa⁴

DOI: 10.46898/rfb.9786558890669.10

1 Enfermeiro Centro Cirúrgico do Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes-HUCAM/UFES. Mestre em Saúde da Família. Especialista em Enfermagem cirúrgica e CME. E-mail: enfmcarcelovicente@gmail.com.

2 Enfermeira Perfusionista do Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes-HUCAM/UFES. Especialização em Cardiologia para Enfermeiros, Circulação Extra Corpórea e Centro Cirúrgico. E-mail: rozebrandao@yahoo.com.br

3 Enfermeira Centro Cirúrgico do Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes-HUCAM/UFES do Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes-HUCAM/UFES. Especialista em Saúde da Família e Centro cirúrgico. E-mail: larissecerqueira@hotmail.com

4 Enfermeira bolsista do Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde ICEPi. Especialização em Regulação e Auditoria em Saúde e Gestão em Saúde. E-mail: sabrinalamas@gmail.com

RESUMO

Auditoria hospitalar é uma ferramenta usada para avaliar com critério a qualidade dos serviços prestados pelas equipes da instituição. Auditoria em OPME caracterizada como sendo um processo de intervenção realizada com ênfase na qualidade, com garantia de retorno dos recursos aplicados, evitando as falhas e irregularidades que existem no decorrer desse processo desde o pedido até o uso. O estudo desenvolvido compreendeu a pesquisa bibliográfica, de caráter exploratório-descriptivo com análise qualitativa, sendo o método utilizado a revisão bibliográfica. Destacou-se como objetivo identificar quais as principais dificuldades em gerir órteses, próteses e materiais especiais (OPME) dentro do centro cirúrgico. O presente trabalho objetivo que existem diversas atividades para serem realizadas a fim de diminuir esses riscos são as igualmente indicadas para a correção dos problemas que envolvem as documentações médicas, cadastro dos materiais na base de informática do hospital, encaminhamento e recebimento de orçamentos e das autorizações. Acredita-se com esses fluxos de processos relacionados ao OPME, são suficientes para a diminuição significativa do risco assistencial apresentado pela falha do processo de OPME.

Palavras-Chave: Centro cirúrgico. Próteses e implantes. Comissão para atividades profissionais e hospitalares. Organização e administração.

ABSTRACT

Hospital audit is a tool used to carefully assess the quality of services provided by the institution's teams. OPME audit characterized as an intervention process carried out with an emphasis on quality, with guaranteed return on the applied resources, avoiding the flaws and irregularities that exist during this process from order to use. The developed study included bibliographic research, of exploratory-descriptive character with qualitative analysis, being the method used the bibliographic review. The objective was to identify the main difficulties in managing orthoses, prostheses and special materials (OPME) within the operating room. The present objective work that there are several activities to be carried out in order to reduce these risks are also indicated for the correction of problems involving medical documentation, registration of materials in the hospital's computer base, forwarding and receiving budgets and authorizations. It is believed that with these OPME-related process flows, they are sufficient to significantly reduce the assistance risk presented by the failure of the OPME process.

Keywords: Surgery Center. Prostheses and implants. Commission for professional and hospital activities. Organization and administration.

1 INTRODUÇÃO

A auditoria tem sido uma dessas ferramentas aplicadas às instituições hospitalares e aos seus mais diversos setores, como é o caso do Centro Cirúrgico (CC). Por se tratar de uma área crítica e complexa, onde imperam novas tecnologias, a auditoria no bloco cirúrgico (BC) se tornou uma grande ferramenta, pois, por meio dela, o auditor realiza intervenções necessárias à melhoria sistemática dos processos, tanto nas questões que envolvem qualidade como nas que agregam custos hospitalares.

Auditoria de qualidade no bloco cirúrgico refere-se à avaliação sistemática da qualidade da assistência prestada ao cliente, verificada por meio das anotações em prontuário, da adesão aos protocolos, do preenchimento dos impressos cirúrgicos e do preparo do paciente para o procedimento anestésico-cirúrgico.

Os estabelecimentos de saúde – os hospitais, trabalham constantemente com um número elevado de procedimentos complexos a pacientes que necessitam dos serviços hospitalares, dentre os diversos setores, o centro cirúrgico atende grande parte dos atendimentos de pacientes com alto custo e materiais especiais diante das especialidades médicas cirúrgicas - a utilização desses materiais denominado de órteses, próteses e materiais especiais (OPME). Para uma gestão eficaz, existem políticas de qualidade e segurança do paciente que são essenciais para diminuir a possibilidade de erros e risco de falhas no processo de trabalho, aumentando cada vez mais a confiabilidade e a qualidade assistencial.

Deste modo, o presente trabalho teve como objetivo identificar os principais dificultadores em gerir órteses, próteses e materiais especiais (OPME) dentro do centro cirúrgico.

O presente estudo justifica-se pela relevância do uso racional das órteses, próteses e materiais especiais (OPME) dentro do centro cirúrgico. O bloco cirúrgico vem sendo cobrado de inúmeros problemas com OPME nos estabelecimentos hospitalares, esses diversos problemas vem ao encontro para evitar futuros déficits financeiros para a instituição, déficits esses que não poderão ser revertidos para outras necessidades. Logo subentende que uma resposta positiva a gestão das OPME é de grande relevância para o hospital.

Trata-se de um estudo exploratório de natureza qualitativa com coleta de dados em literaturas científicas. O método utilizado foi à revisão de literatura científica pré-existente em artigos científicos e literaturas na área. Para a realização do presente estudo, utilizaram-se como descritores do Decs (Descritores em Ciências da Saúde):

Centro cirúrgico; Próteses e implantes; comissão para atividades profissionais e hospitalares; Organização e administração.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1. Enfermeiro Auditor

A palavra auditoria surgiu no *latim* como “*audire*”, que significa examinar. Antes qualquer profissional que tivesse função de avaliar a veracidade dos fatos tanto sociais quanto econômicos e que cedia esses dados a outra pessoa que abrangia uma função maior, era considerado auditor. Na enfermagem compreende-se a auditoria a convicção da qualidade assistencial, utilizada como instrumento de controle de despesas (SOUZA; OLIVEIRA; COLAVOLPE, 2016).

Nesse contexto Dias et al (2011) afirmam que a auditoria hospitalar é uma ferramenta usada para avaliar com critério a qualidade dos serviços prestados pelas equipes da instituição. O enfermeiro auditor é um profissional importante para a instituição, pois ele é qualificado para tal e com experiência, apto a interpretar e compreender todo trabalho da enfermagem, assim como todos os cuidados, medicações e procedimentos que a equipe realiza nos pacientes.

Auditoria é caracterizada como sendo um processo de intervenção realizada com ênfase na qualidade, com garantia de retorno dos recursos aplicados, o que possibilita uma visão mais complexa, geral e objetiva, sendo diagnosticadas as falhas e irregularidades que existem no decorrer desse processo (SETZ; D’INNOCENZO, 2016).

O papel do enfermeiro auditor está frente à análise dos erros da equipe de profissionais da saúde, ligado a correção dos mesmos, dentre as correções estão às cobranças de checagem de medicações realizadas, a falta de anotação da realização de procedimentos, a falta de carimbo do profissional que realizou os procedimentos, entre muitos erros que englobam toda equipe. O trabalho do enfermeiro auditor revela a busca constante de qualidade em prestação e serviço pela instituição, sem omitir registros, mostrando a veracidade dos fatos (PAIVA et al.; 2013).

A auditoria no setor saúde é aplicada como um setor de controle de qualidade da assistência e monitoramento da mesma, o que favorece as instituições no planejamento e programação de gastos e lucros (PEREIRA; MIRANDA; COSTA, 2011). A auditoria tem como objetivo averiguar a veracidade dos procedimentos executados e acusar os possíveis cortes ou outras alterações (ASCARI et al., 2015).

É importante destacar a definição que alguns autores que tratam sobre o conceito de auditoria. Segundo Attie (2011) a auditoria é uma área de contabilidade que

tem por objetivo analisar a eficiência e eficácia dos serviços institucionais de forma a expressar sua opinião crítica sobre o que foi analisado. A instituição de saúde usando como ferramenta a auditoria tem como realizar um controle dos seus processos, o que inclui verificar os cuidados prestados ao paciente e atividades administrativas (MANZO; BRITTO; CORREA, 2012).

2.2 Auditoria em órteses, próteses e materiais especiais no centro cirúrgico

A auditoria no bloco cirúrgico começou a tomar impulso por causa da questão de custos na área da saúde com o advento das tecnologias, de recursos cada vez mais caros e dos procedimentos minimamente invasivos, gerando, assim, um aumento da preocupação de convênios de saúde, administradores hospitalares e gestores de saúde.

Dentro do hospital, o centro cirúrgico é um ambiente fechado, com um número elevado de procedimentos e ocupa lugar de destaque nos serviços hospitalares, esses procedimentos em sua grande maioria são de alta complexidade e utilizando uma tecnologia de ponta para a realização deste (ALBERTI et al, 2013).

No centro cirúrgico, há a necessidade de enfermeiros cada vez mais especializados, com atuação no bloco cirúrgico diferenciada; assim, a auditoria contábil tem a finalidade de fazer a conferência de todos os procedimentos realizados, dos materiais utilizados na cirurgia, de materiais e medicações administradas durante o momento anestésico e dos exames, em comparação com a conta hospitalar, para posterior envio aos planos de saúde. Portanto, por meio dessas auditorias, é possível indicar alternativas preventivas e corretivas, lembrando sempre que o auditor é um educador e, por isso, não procura os responsáveis e sim propõe medidas de correção e prevenção dos erros (UFMG, 2013).

As órteses, próteses e materiais especiais (OPME) são materiais médicos hospitalares utilizados na realização de certos procedimentos médicos, durante algumas cirurgias no intra-operatório, tendo objetivo de diagnóstico, tratamento, reabilitação ou monitoração de pacientes. Observa-se que as OPMEs constituem uma diversidade de produtos, que englobam uma alta tecnologia e que possuem um valor financeiro elevado, conforme informações disponibilizadas no Relatório Final do Grupo de Trabalho Interinstitucional sobre Órteses, Próteses e Materiais Especiais GTI-OPME (BRASIL, 2015).

Figura 1- Caracterização Atual das OPMEs

Definições mais utilizadas hoje	
Órteses	São dispositivos de ação temporária que melhoram a função ou possibilitam alcançar um objetivo funcional de um órgão ou segmento do corpo (exemplo: marcapassos cardíacos, cardiodesfibriladores e stents).
Próteses	Destinam-se a substituir estruturas anatômicas e realizar suas funções (exemplo: próteses/implantes ortopédicos, neurocirúrgicos, auditivos, lentes intraoculares).
Materiais Especiais	Materiais que auxiliam no procedimento diagnóstico ou terapêutico, implantável ou não, de uso individual (exemplos: catéteres, trocateres, introdutores, material de cirurgia videolaparoscópica, entre outros).

Fonte: ANAHP (s/d)

Segundo a Alencar (2016) as órteses são artigos médicos hospitalares ou material permanente ou transitório de assistência as funções de um membro, órgão ou tecido, que não tenha necessidade de procedimento cirúrgico. As próteses são peças, aparelho ou qualquer material permanente ou transitório que faz a substituição totalmente ou parcialmente um membro, órgão ou tecido vinculados a um ato cirúrgico. Já os materiais especiais são compreendidos como quaisquer materiais ou dispositivos utilizados no implante das OPMEs e que auxiliam no procedimento diagnóstico ou terapêutico, não necessariamente se enquadra nas especificações de órteses ou próteses.

2.3 Principais dificuldades na gerência de órteses, próteses e materiais especiais

O processo de trabalho com OPME é considerado de alto custo para a administração do hospital. Para que a dinâmica da OPME seja empregada na atenção ao paciente, é necessário um esforço da participação de todos profissionais que atuam na assistência quanto dos funcionários da tecnologia de informação para que os processos sejam alinhados minuciosamente e empregados com rigor para o controle de recebimento, preparo, utilização, devolução e faturamento desses insumos (MORAES; RABIN; VIÉGAS, 2018).

Os desafios para a gestão de órteses, próteses e materiais especiais dentro do centro cirúrgico, necessitam de fluxos ideais para as instituições hospitalares, no quadro abaixo evidencia algumas dificuldades na gestão.

Quadro 01 – Dificuldades na gestão de órteses, próteses e materiais especiais

- a) Um equívoco na confirmação do uso dos produtos consignados na área assistencial pode levar ao erro de emissão de ordem de compra para o fornecedor do OPME.
- b) A ausência de valorização da ordem da compra do OPME em tempo hábil ou fora do seu período de competência pode comprometer os controles contábeis deste tipo de produto na modalidade de consignação.
- c) A divergência entre forma de comercialização ou valores acordados durante o processo de autorização e a comercialização praticada efetivamente durante o processo de consumo e compra podem distorcer as informações contábeis na gestão do estoque.

Fonte: Lima (2015, p. 5)

O quadro acima demonstram alguns dos problemas encontrados pelo setor de almoxarifado, no quadro abaixo evidencia os principais problemas encontrados pela equipe de profissionais que atuam dentro do hospital.

Quadro 02 – Principais problemas encontrados da gestão órteses, próteses e materiais especiais

- Agendamento de cirurgia pelo profissional não ligado a área da saúde – esta falha pode acarretar falta do conhecimento da equipe de profissionais;
- Ausência de materiais (OPME) especiais corretos para a realização da cirurgia agendada;
- Falta da autorização da operadora de saúde para a realização da intervenção cirúrgicas;
- Ausência de conhecimento do auxiliar administrativo ou secretário de clínica que atua no serviço de agendamento de cirurgia e solicitação das OPME;
- Falha na inserção de dados errados ou incompletos no software de agendamento do hospital;
- Falta de encaminhamento das documentações necessárias ao setor de agendamento cirúrgico;
- Falha ou ausência de documentações específica (etiquetas) para conferência de informações e encaminhamento a operadora de saúde e a empresa fornecedora de material;
- Falha ou dificuldade do repasse dos nomes dos materiais ao almoxarifado.

Fonte: MORAES (2014)

As atividades para serem realizadas a fim de diminuir esses riscos, são as igualmente indicadas para a correção dos problemas que envolvem as documentações médicas, cadastro dos materiais na base de informática do hospital, encaminhamento e recebimento de orçamentos e das autorizações. Com todos esses fluxos de processos relacionados ao OPME, acredita-se que esses fluxos são suficientes para a diminuição significativa do risco assistencial apresentado pela falha do processo de OPME (MORAES; RABIN; VIÉGAS, 2018).

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sabemos que o serviço de saúde hospitalar é uma das mais complexas organizações que existem. Fatores variáveis e a complexidade do tratamento de cada doença tornam, ao prestador de serviços, uma equação em que quase sempre existe mais de uma incógnita.

O registro de uso de OPME em prontuário é, sem dúvida, a mais importante ferramenta de dados para a realização da auditoria. Nota-se que o prontuário é a fer-

ramenta utilizada para realizar todo o planejamento da equipe multiprofissional, pois minimiza desperdícios, auxilia a manter um padrão da assistência prestada ao paciente e defende legalmente os profissionais e a instituição. A qualidade do registro das ações assistenciais reflete na qualidade da assistência e na produtividade do trabalho, e, com base nesses registros, pode-se, permanentemente, construir melhores práticas, diminuindo os custos hospitalares, além de ser possível implementar melhorias nos resultados operacionais.

Acredita-se que havendo um treinamento aos funcionários do agendamento, melhora e correção dos dados incompletos ou incorretos dos pacientes, pedido e/ou solicitações dos OPME dos médicos com tempo hábil e uma melhor comunicação com o almoxarifado, todos esses itens fazem com que não haja problemas de glosas, cancelamento de cirurgia bem como ausência dos materiais essenciais para as cirurgias agendada.

REFERÊNCIAS

ALBERTI, G.F.; RIBEIRO, M.G.; VELASQUE, A.C.I.; SALBEGO, C.; DORNELLES, C.S. **A prática de enfermagem em centro cirúrgico: A utilização do índice de Aldrete e Kroulik para a avaliação do paciente em sala de recuperação pós anestésica** [Internet]. (No prelo); 2013. Disponível em: www.urisantiago.br/saenfermagem/anais/2010/09%20A%20PRATICA%20E%20ENFERMAGEM%20EM%20CENTRO%20CIRURGICO%20A%20UTILIZACAO%20.pdf

ALENCAR, A.C.F. **Aquisição e utilização das Órteses, Próteses e Materiais Especiais – OPME e os facilitadores do superfaturamento no sistema de saúde**. Universidade de Brasília – UnB. Brasília – DF, 2016.

ANAHP. **Associação Nacional de Hospitais Privados**. Contribuição para o debate dispositivos médicos (OPME) Visão Anahp. s/d

ASCARI, R.A. et al. Anotações de enfermagem e auditoria: uma revisão integrativa da literatura. **Revista de Saúde Pública de Santa Catarina**, v.8, n.2, p.111-121, 2015. Acesso: 15 de maio de 2019.

ATTIE, W. **Auditoria interna**. 4^o. ed. São Paulo: Atlas, 2011, p. 25.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Grupo de Trabalho Interinstitucional sobre órteses, próteses e materiais especiais (GTI-OPME), instituído pela Portaria Interministerial n^o 38**, de 8 de janeiro de 2015. Disponível em <http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/2016_gt_opme/gt-opme-relatoriointegral.pdf>. Acesso em 22/06/20

DIAS, L. et al. Auditoria em enfermagem: revisão sistemática da literatura. **Revista Brasileira de Enfermagem - REBEn**, Brasília – DF, n.64, p. 932, set out, 2011.

LIMA, L. **Gestão da comercialização de OPME**: Um estudo de caso de monitoramento de processo de negócio em tempo real. Universidade do Vale do Rio dos Sinos. Porto Alegre, 2015.

MANZO, B.F.; BRITO, M.J.M.; CORREA, A.R. Implicações do processo de acreditação hospitalar no cotidiano de profissionais de saúde. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 2, abr, 2012.

MORAES, C.S. **Análise do processo de órteses, próteses e materiais especiais a partir do método de análise dos modos de falhas e efeito**. Universidade do Vale do Rio dos Sinos. Porto Alegre, 2014.

MORAES, C.S.; RABIN, E.G.; VIÉGAS, K. Avaliação do processo de cuidado com órteses, próteses e materiais especiais. **Rev. Bras. Enferm.** v.71, n 3, Brasília May/June, 2018.

PAIVA, S.S; TANAKA, L.H.; GUSMÃO, A.; SILVA, ARG.; CARNEIRO, L.A; CARMAGNANI MIS. Avaliação dos registros de enfermagem em hemoterapia de um hospital geral. **Rev. Enferm.** v 31, n 1, p. 103-112, 2013.

PEREIRA, S. A.; MIRANDA, N. R. R.; COSTA, R. F. Auditoria em enfermagem e suas interfaces com o cuidado: uma revisão de literatura. **Percursos Acadêmicos**, Belo Horizonte, v.1 n.2, p. 287-306, jul-dez, 2011.

SETZ, V.G.; D'INNOCENZO, M. Avaliação da qualidade dos registros de enfermagem no prontuário por meio da auditoria. **Rev. Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v 22, n 3, p.: 313-317, 2009.

SOUZA, M.S.M.; OLIVEIRA F.S.G; COLAVOLPE, V.C. Registro de enfermagem: desafio para as instituições hospitalares na redução de glosas. **Revista Eletrônica Atualiza Saúde**, Salvador, v.3, n.3, p.84-91, jan-jun, 2016.

UFMG. Universidade Federal de Minas Gerais. **Manual de Auditoria Interna**. Auditoria-Geral da UFMG 2ª Versão. Belo Horizonte, 2013.

CAPÍTULO 11

DESAFIOS NO PREENCHIMENTO DA LISTA DE VERIFICAÇÃO DE CIRURGIA SEGURA

CHALLENGES IN COMPLETING THE SAFE SURGERY CHECKLIST

*Marcelo Costa Vicente¹
Rozeli Brandão da Silva Mendes Leite²
Larisse Cerqueira de Souza³
Sabrina Lamas Costa⁴*

DOI: 10.46898/rfb.9786558890669.11

1 Enfermeiro Centro Cirúrgico do Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes-HUCAM/UFES. Mestre em Saúde da Família. Especialista em Enfermagem cirúrgica e CME. E-mail: enfmcarcelovicente@gmail.com.

2 Enfermeira Perfusionista do Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes-HUCAM/UFES. Especialização em Cardiologia para Enfermeiros, Circulação Extra Corpórea e Centro Cirúrgico. E-mail: rozebrandao@yahoo.com.br

3 Enfermeira Centro Cirúrgico do Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes-HUCAM/UFES do Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes-HUCAM/UFES. Especialista em Saúde da Família e Centro cirúrgico. E-mail: larissecerqueira@hotmail.com

4 Enfermeira bolsista do Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde ICEPi. Especialização em Regulação e Auditoria em Saúde e Gestão em Saúde. E-mail: sabrinalamas@gmail.com

RESUMO

A lista de verificação da cirurgia segura tem como objetivo melhorar a segurança da assistência cirúrgica em todo o mundo por meio de padrões de segurança que possam ser aplicados em todos os cenários hospitalares. O estudo desenvolvido compreendeu a pesquisa bibliográfica, de caráter exploratório-descritivo com análise qualitativa, sendo o método utilizado a revisão bibliográfica. Destacou-se como objetivo identificar os principais desafios quanto ao preenchimento da lista de verificação da cirurgia segura por todos os integrantes da equipe multidisciplinar no centro cirúrgico. Observou-se no estudo que muitos profissionais conhecem a lista de verificação, porém existem diversos problemas que dificultam a realização deste, sendo que os principais problemas encontrados são falta de tempo e falta de colaboração/interesse da equipe.

PALAVRAS-CHAVE: Lista de checagem. Enfermagem Perioperatória. Segurança do paciente

ABSTRACT

The safe surgery checklist aims to improve the safety of surgical care around the world through safety standards that can be applied in all hospital settings. The developed study included bibliographic research, of exploratory-descriptive character with qualitative analysis, being the method used the bibliographic review. The objective was to identify the main challenges regarding the completion of the checklist for safe surgery by all members of the multidisciplinary team in the operating room. It was observed in the study that many professionals know the checklist, but there are several problems that make it difficult to perform, and the main problems encountered are lack of time and lack of team collaboration / interest.

Keywords: Check list. Perioperative Nursing. Patient safety

1 INTRODUÇÃO

O centro cirúrgico é um setor dentro do hospital que provocam danos frequentemente a pacientes, incidentes este chamado de eventos adversos, esses acontecimentos infelizmente acontecem devido às causas multifatoriais, como por exemplo: a complexidade dos procedimentos cirúrgicos, a dificuldade da interação de equipes inter e multidisciplinares e ao alto nível de tensão no trabalho. Todos os riscos ao paciente é uma prevalência constante na realidade da assistência cirúrgica e compete todas às equipes envolvidas na assistência, o processo de cuidar, propondo diversos tipos de estratégias e estabelecendo medidas para garantir a segurança do paciente (MANRIQUE, et al., 2015).

A lista de verificação de segurança cirúrgica (LVSC), criada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2008 é uma ferramenta com o objetivo de proporcionar segurança ao paciente nos períodos operatórios, sendo eles pré, trans e pós-operatório, onde qualquer profissional pode utilizá-lo, porém o profissional enfermeiro é o profissional mais indicado e habilitado para orientar a checagem dos dados do paciente, uma vez que o enfermeiro é o profissional que realiza a primeira anamnese dentro do centro cirúrgico, no *checklist* apresentam informações clínicas do paciente e as condições de funcionamento dos equipamentos, podendo evitar uma série de complicações durante o procedimento cirúrgico-anestésico (PANCIERI, 2013).

A lista de verificação de cirurgia segura ela é benéfica a segurança do paciente dentro do centro cirúrgico, porém alguns profissionais não realizam a checagem antes de qualquer procedimento cirúrgico, trazendo ao pacientes riscos a sua vida e as instituições hospitalares problemas de custos e processos judiciais.

O presente estudo tem por objetivo identificar os principais desafios quanto ao preenchimento da lista de verificação da cirurgia segura por todos os integrantes da equipe multidisciplinar no centro cirúrgico.

Diante desse cenário o presente trabalho justifica pela importância em destacar as dificuldades dos profissionais que atuam no centro cirúrgico afim de todos realizarem a lista de verificação de cirurgia segura. No centro cirúrgico convivem diversos profissionais cada um com suas funções específicas durante o processo de trabalho, com a verificação da lista todos podem preencher, porém o hospital elege um coordenador geralmente é o enfermeiro para este fim.

O presente estudo caracteriza-se pelo estudo de natureza qualitativa, com realização de revisão bibliográfica utilizando-se a base de dados do Scielo ([Scientific Electronic Library Online](#)), com os seguintes descritores: Lista de checagem, enfermagem perioperatória e segurança do paciente

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 O Programa Nacional de Segurança do Paciente

O Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) foi criado para oferecer uma qualificação do cuidado assistencial em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do Brasil. A Segurança do Paciente é uma das seis ações atribuídas à qualidade do cuidado e tem sido implantada e/ou já em execução em todo o território nacional, gerando uma grande importância para os pacientes, seus familiares, aos gestores e para profissionais de saúde com o objetivo de oferecer uma assistência segura (PNSP, 2020).

Abaixo é apresentado às ações com objetivos da promoção da segurança do paciente, com ações preventivas como a implementação das seis metas da OMS.



Fonte: (PNSP, 2020, s/p).

A segurança do paciente tem a definição de ausência de danos ou de lesões acidentais durante a prestação de assistência à saúde (PIRES; PEDREIRA; PETERLINE, 2013). Dentre as ações da OMS o 4º item é a ação de assegurar cirurgia em local de intervenção, procedimento e pacientes corretos, diante disso, avalia-se que o gerenciamento de risco permite às equipes avaliarem o cuidado oferecido na assistência ao paciente no Centro Cirúrgico, propondo melhores práticas que diminuem ou anulem problemas frente aos riscos (GOMES, et al., 2016).

O programa criado pelo Departamento de Segurança do Paciente da OMS Cirurgia Segura Salva Vidas foi estabelecido como objeto dos esforços da Organização Mundial da Saúde para diminuir o número de óbitos e eventos adversos cirúrgicos em todo o mundo. A finalidade desse programa é aumentar o compromisso político, de criação de leis e a vontade clínica para apresentar questões valiosas para a segurança, compreendendo as práticas de segurança anestésica, reduzir taxas de infecções de sítio cirúrgico preveníveis e melhorar comunicação entre membros da equipe. Todos esses

itens têm sido comprovados em estudos científicos como problemas comuns, mortais e evitáveis em todo o mundo, independentemente de sua situação (OMS, 2014).

2.2 Lista de verificação de cirurgia segura

O checklist recomendado pela OMS inclui 19 itens divididos em três momentos durante o processo cirúrgico-anestésico: antes da indução anestésica (fase 1), antes da incisão cirúrgica (fase 2) e após o término da cirurgia e anestesia - antes do paciente sair da sala de cirurgia (fase 3). Todas as três etapas devem ser conferidas verbalmente com os profissionais envolvidos no processo anestésico-cirúrgico, assegurando que todas as ações foram realizadas (TORRES-MANRIQUE, et al., 2016).

Segundo Freitas et al, (2014) cerca de um em cada cinco pacientes que sofrem algum evento adverso no centro cirúrgico, evoluem para alguma incapacidade permanente ou até mesmo a morte. Diante desse fato, o *checklist* tem o objetivo de diminuir as taxas de morbidade mortalidade, evitar complicações, aumentar a adesão à antibioticoprofilaxia e reduzir o número de erros por falha de comunicação da equipe favorecendo a redução de problemas. A seriedade em monitorar a segurança do paciente no centro cirúrgico vem sendo ressaltada, como uma forma de instrumentalizar as decisões e apresentar as tendências para as tomadas de decisões da gestão (SILVA, et al., 2014).

Ao iniciar a verificação da lista, no item antes da indução anestésica, o profissional do centro cirúrgico ou um coordenador eleito, verbaliza junto ao anestesiológico a identidade do paciente está confirmada, qual o procedimento a ser realizado, se e o local estão corretos e se o termo de consentimento para a cirurgia foi dado e assinado. Ainda confirmará se sítio cirúrgico (local da cirurgia) foi demarcado, analisará junto com a equipe médica o risco de perda sanguínea, dificuldade respiratória, alergias, a testagem dos equipamentos de anestesiologia e medicamentos necessários ao ato anestésico-cirúrgico (PNSP, 2020).

Antes da incisão cirúrgica

(Na presença de membro da equipe de enfermagem, do anesthesiologista e do cirurgião)

- Confirmar que todos os membros se apresentaram, indicando seu nome e sua função.**
- Confirmar o nome do paciente, o procedimento cirúrgico e onde será realizada a incisão.**

A profilaxia antibiótica foi administrada nos últimos 60 minutos?

- Sim
- Não se aplica

Prevenção de Eventos Críticos**Para o Cirurgião:**

- Quais são as etapas críticas ou inesperadas?
- Qual a duração da operação?
- Qual a quantidade de perda sanguínea prevista?

Para o Anesthesiologista:

- Há alguma preocupação especificamente relacionada ao paciente?

Para a Equipe de Enfermagem:

- Foi confirmada a esterilização (incluindo os resultados dos indicadores)?
- Há alguma preocupação ou problema com relação aos equipamentos?

As imagens essenciais estão visíveis?

- Sim
- Não se aplica

Fonte: (PNSP, 2020, s/p).

Ao iniciar a segunda fase da lista de verificação da cirurgia segura (antes da incisão cirúrgica), cada profissional da equipe necessitará em se apresentar, especificando o seu nome e a sua função, ou confirmar que todos na sala se conhecem. Em seguida a equipe confirmará em voz alta que cada um da equipe está executando a cirurgia na área corpórea correta e no paciente correto, realizará a verificação dos antibióticos profiláticos se foram administrados há 60 minutos e que exames de imagens do paciente estão na sala operatória, bem como outras etapas para o anesthesiologista, para o cirurgião e para a equipe de enfermagem, conforme a figura abaixo (OMS, 2009).

Antes da incisão cirúrgica

(Na presença de membro da equipe de enfermagem, do anestesiológico e do cirurgião)

- Confirmar que todos os membros se apresentaram, indicando seu nome e sua função.**
- Confirmar o nome do paciente, o procedimento cirúrgico e onde será realizada a incisão.**

A profilaxia antibiótica foi administrada nos últimos 60 minutos?

- Sim
- Não se aplica

Prevenção de Eventos Críticos

Para o Cirurgião:

- Quais são as etapas críticas ou inesperadas?
- Qual a duração da operação?
- Qual a quantidade de perda sanguínea prevista?

Para o Anestesiológico:

- Há alguma preocupação especificamente relacionada ao paciente?

Para a Equipe de Enfermagem:

- Foi confirmada a esterilização (incluindo os resultados dos indicadores)?
- Há alguma preocupação ou problema com relação aos equipamentos?

As imagens essenciais estão visíveis?

- Sim
- Não se aplica

Fonte: (PNSP, 2020, s/p).

Para finalizar a última fase, antes de sair da sala cirúrgica - a equipe da sala cirúrgica confirmará qual a cirurgia realizada, contagem das compressas e instrumentais cirúrgicos usados na cirurgia, bem como a identificação de quaisquer amostras cirúrgicas coletadas (laboratório ou hispatológica). Averiguará se houve algum problema de funcionamento de equipamentos. Antes de encaminhar o paciente para a sala de recuperação pós anestésica, a equipe anestésica cirúrgica planejará intervenções necessárias para ser aplicadas na permanência do paciente na recuperação pós-operatória, como aborda a figura abaixo (PNSP, 2020).

Antes da saída do paciente da sala cirúrgica

(Na presença do membro da equipe de enfermagem, do anestesiológico e do cirurgião)

A equipe de enfermagem confirma verbalmente:

- O nome do procedimento
- A conclusão da contagem de instrumentos, compressas e agulhas
- A identificação das amostras (ler os rótulos das amostras em voz alta, inclusive o nome do paciente)
- Se há quaisquer problemas com os equipamentos a serem resolvidos

Para o Cirurgião, o Anestesiológico e a Equipe de Enfermagem:

- Quais são as principais preocupações para a recuperação e o manejo do paciente?

Fonte: (PNSP, 2020, s/p).

2.3 Principais dificuldades na implantação e conhecimento dos profissionais de saúde acerca da lista de verificação de cirurgia segura

Estudos sobre de qualidade e segurança do paciente nos sistemas de saúde revelaram que ainda precisa avanços em questões que envolvem a segurança de pacientes hospitalizados. Ainda que as atuais iniciativas globais sobre a segurança do paciente nos serviços de saúde, o tema cirurgia segura permanece ainda com grande desafio no contexto atual (OLIVEIRA JUNIOR; MAGALHÃES, 2018).

É imprescindível que os hospitais não ofereçam apenas o uso do protocolo, mas sim, que todos os profissionais da equipe tenham conhecimento de seu significado na prática, levando sempre em consideração a participação de um coordenador, do paciente e da equipe, para o sucesso do processo cirúrgico (SILVA et AL, 2017).

A educação continuada para os protocolos recém-implantados nas instituições hospitalares devem ser tomada como prioridade nas ações de gestão, pois todos os

profissionais do centro cirúrgico precisam estar cientes da importância (MORAES et al, 2018).

Diante dos estudos de Mazeiro et al (2015), evidenciaram que as equipes cirúrgica a princípio, confirmaram interesse em implantar o programa cirurgias seguras, porém pontos importantes, como exposição da equipe ao paciente, interrupção cirúrgica e conferência do material, não foram realizados, evidenciando o checklist incompleto.

- Dificuldades para o preenchimento do instrumento preconizado, bem como a necessidade de agilizar o encaminhamento rapidamente o paciente à sala de cirurgia, exigência dos cirurgiões e anestesistas;
- Déficits de treinamento da equipe no centro cirúrgico, sobre a dinâmica da aplicação do instrumento;
- Falhas no preenchimento do checklist da cirurgia nas diferentes etapas/fases;
- Dificuldades de implantação do checklist da cirurgia segura decorrentes de problemas organizacionais, que resultam na visão de alguns trabalhadores em duplicação de atividades, uso inadequado do tempo consumido, diminuição do tempo, dificuldade de comunicação entre os profissionais, e constrangimentos na sala cirúrgica – enfermagem e profissionais médicos;
- Dificuldade das equipes médicas e de enfermagem da linha de frente, comprometendo com a implantação e acompanhamento do checklist da cirurgia segura;

Estudos de Elias et al (2015) evidenciaram que a adoção da lista de verificação de cirurgia segura não apresenta custos, porém, existe grande dificuldade na sua implantação por toda equipe cirúrgica. O estudo revela ainda que boa parte da equipe não se compromete com aplicação do protocolo.

Diante do estudo de Alpendre et al (2017), observa-se que a equipe de enfermagem apresenta uma grande preocupação em relação a equipe médica, com o preenchimento das etapas que antecedem a cirurgia, porém deixando de preencher a etapa final, na checagem no pós-operatório.

Pesquisas de Garcia e Oliveira (2018) mostram que uma parte da equipe médica abre mão na aplicação da lista de verificação, eles apresentam dificuldades na adesão

do protocolo. Todavia, apesar dos números elevados de erros a respeito da lateralidade, uma grande parte afirma que a etapa mais preenchida é a demarcação do membro a ser operado. Outras parcelas da equipe não realizam a contagem de materiais ao final da cirurgia, por alegando não ser função médica. Segundo Leary et al (2016, s/p) “a contagem de todos instrumentais e materiais cirúrgicos deve ser realizada pela equipe de cirurgia, com envoltura multiprofissional, sempre no início e ao término dos procedimentos, com exploração metódica do campo operatório antes do encerramento da cirurgia”.

3 CONCLUSÃO

Diante do estudo permitiu avaliar as principais dificuldades na aplicação do checklist da cirurgia segura por profissionais que atuam no centro cirúrgico, desde a equipe de enfermagem até a equipe médica (anestesiista e cirurgiões), mesmo todos eles tendo conhecimento da existência e da importância do checklist e que tem a finalidade de promover melhora na qualidade do cuidado com benefícios para todos: o paciente, o profissional e a instituição. Os principais dificultadores encontrados foram a falta de tempo e falta de colaboração/interesse da equipe.

É de grande importância que todos da equipe envolvida com o instrumento a ser aplicado, conheçam a finalidade e a importância de cada etapa proposta, evitando contrassensos no preenchimento. Dado o exposto, para a lista de verificação de cirurgia segura ser uma estrutura de transformação para a prática cirúrgica é necessário a adoção de uma política de segurança e, também, um sistema de monitorização da eficiência e eficácia no uso da lista de verificação de cirurgia segura.

Acredita-se que os gerenciamentos dos riscos permitem aos profissionais da equipe do centro cirúrgico, avaliar o cuidado oferecido ao paciente, analisando e sugerindo melhores práticas assistenciais que diminuam problemas.

REFERÊNCIAS

ALPENDRE, F.T. et al. Ciclo pdca para elaboração de checklist de segurança cirúrgica. **Revista Cogitare Enfermagem**, v 22, n 3, 2017.

ELIAS, A.G.P. et al. Avaliação Da Adesão Ao Cheque List De Cirurgia Segura Em Hospital Universitário Público. **Revista SOBECC**, v 20, n 03, p 128 – 133, 2015.

FREITAS, G.F.; FUGULIN, F.M.T.; FERNANDES, M.F.P. A regulação das relações de trabalho e o gerenciamento de recursos humanos em enfermagem. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v 40, n 3, p. 434-438, 2006.

GARCIA, T.F.; OLIVEIRA, A.C. Índice autor referido pela equipe de cirurgia ortopédica sobre o protocolo e checklist de cirurgia segura. **Revista Cogitare Enfermagem**, v

21, n 1, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v23 i1.52013>. Acesso em: 20-de abril de 2020.

GOMES, C.D.P.P.; et al. Percepção de uma equipe de enfermagem sobre a utilização do checklist cirúrgico. **Revista SOBECC**, v 21, n 3, p. 140-145, 2015.

LEARY, J. D; WIJEYSUNDERA, D.N; CRAWFORD, M. W. Effect of surgical safety checklists on pediatric surgical complications in Ontario. **Research**, v 188, n 9, 2016.

MANRIQUE, B.T.; et al. Segurança do paciente no centro cirúrgico e qualidade documental relacionadas à infecção cirúrgica e à hospitalização. **Acta paul. enferm**, v 28, n 4, p. 355-360, 2015.

MAZEIRO, E.C.S. et al. Adesão ao uso de um checklist cirúrgico para segurança do paciente. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v 36, n 4, p 14-20, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472015000400014&lng=en&tlng=en> Acesso em: 15 de maio de 2020.

MORAES, V.M.; NÉO, E.A.; ALMEIDA, R.C.; SANDES, S.M.S. Dificuldades na Implantação da lista de Verificação de Cirurgia Segura: Uma Revisão Integrativa. **E-Revista** v 02, p.1981-3511, 2018.

OLIVEIRA JUNIOR, N.J.; MAGALHÃES, A.M.M. Dificuldades na aplicação do checklist cirúrgico: estudo qualitativo de abordagem ecológica restaurativa. **Rev. Online Brazilian Journal of Nursing**. v 16, n 4, p. 448-459, 2018.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Segundo desafio global para a segurança do paciente: Cirurgias seguras salvam vidas (orientações para cirurgia segura da OMS) / Organização Mundial da Saúde; tradução de Marcela Sánchez Nilo e Irma Angélica Durán – Rio de Janeiro: Organização Pan-Americana da Saúde; Ministério da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2009.**

OMS.Organização Mundial da Saúde. **Manual de Implementação Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica da OMS 2009/ Organização Mundial da Saúde Manual de Implementação - Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica da OMS 2009 – Cirurgia Segura Salva Vidas; tradução de OPAS – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2014.**

PANCIERI, A.P. et al. Check list De Cirurgia Segura: Análise De Segurança E Comunicação Das Equipes De Um Hospital Escola. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v 34, n 01, p 71-80, 2013.

PIRES, M.P.O.; PEDREIRA, M.L.G.; PETERLINI, M.A.S. Cirurgia segura em pediatria: elaboração e validação de checklist de intervenções pré-operatórias. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v 21, n 5, p. 1-8, 2013.

PNSP. [Programa nacional de segurança do Paciente](https://www.saude.gov.br/acoes-e-programas/programa-nacional-de-seguranca-do-paciente-pnsp). **Programa Nacional de Segurança do Paciente**. Disponível em <<https://www.saude.gov.br/acoes-e-programas/programa-nacional-de-seguranca-do-paciente-pnsp>>. Acesso em 07/07/20.

SILVA, A. M. et al. Conhecimento dos profissionais da saúde sobre check list de cirurgia segura. **Revista Arquivo Ciências da Saúde**, v 24, n 03, p 71-78, jul-set, 2017.

SILVA, S.G. et al. Checklist para passagem de plantão de pacientes em pós-operatório imediato na admissão em terapia intensiva. **Revista Enfermagem em Foco**, v 7, 1, p 13-17, 2016.

TORRES-MANRIQUE, B, et al. Análisis cultural de los ítems de dos listas de verificación quirúrgica de España y Argentina. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v 37, n 3, 2016.

CAPÍTULO 12

SÍNDROME DE BURNOUT EM ENFERMEIRO PERFUSIONISTA

BURNOUT SYNDROME IN PERFUSIONIST NURSE

Marcelo Costa Vicente¹

Rozeli Brandão da Silva Mendes Leite²

Larisse Cerqueira de Souza³

Sabrina Lamas Costa⁴

DOI: 10.46898/rfb.9786558890669.12

¹ Enfermeiro Centro Cirúrgico do Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes-HUCAM/UFES. Mestre em Saúde da Família. Especialista em Enfermagem cirúrgica e CME. E-mail: enfmcarcelovicente@gmail.com.

² Enfermeira Perfusionista do Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes-HUCAM/UFES. Especialização em Cardiologia para Enfermeiros, Circulação Extra Corpórea e Centro Cirúrgico. E-mail: rozebrandao@yahoo.com.br

³ Enfermeira Centro Cirúrgico do Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes-HUCAM/UFES do Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes-HUCAM/UFES. Especialista em Saúde da Família e Centro cirúrgico. E-mail: larissecerqueira@hotmail.com

⁴ Enfermeira bolsista do Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde ICEPi. Especialização em Regulação e Auditoria em Saúde e Gestão em Saúde. E-mail: sabrinalamas@gmail.com

RESUMO

A Síndrome de Burnout é um transtorno adaptativo crônico que acomete os trabalhadores e caracterizam-se por expressões de sofrimento psíquico; portanto, enfermeiro perfusionista permanece num grupo altamente propício a situações de estresse, que se persistentes, podem levar o trabalhador a desenvolver a Síndrome de Burnout. O estudo desenvolvido compreendeu a pesquisa bibliográfica, de caráter exploratório-descritivo com análise qualitativa, sendo o método utilizado a revisão bibliográfica. Destacou-se como objetivo identificar os principais fatores que favorecem o acometimento da magnitude da Síndrome de Burnout entre os enfermeiros perfusionistas. Observa-se que a síndrome acomete especialmente profissionais da saúde, entre eles os enfermeiros perfusionistas, fatores como, escala de trabalho exaustiva, ausência de sobre aviso e dentre outras atividades estão diretamente relacionadas à Síndrome de Burnout. Por este motivo, e também devido às características fortemente estressantes da profissão, foram selecionados os profissionais de enfermagem - perfusionista para a realização desse estudo.

Palavras-chave: Síndrome de Burnout. Estresse. Circulação Extracorpórea. Enfermeiros.

ABSTRACT

Burnout Syndrome is a chronic adaptive disorder that affects workers and is characterized by expressions of psychological distress; therefore, a perfusionist nurse remains in a group highly prone to stressful situations, which, if persistent, can lead the worker to develop Burnout Syndrome. The developed study included bibliographic research, of exploratory-descriptive character with qualitative analysis, being the method used the bibliographic review. The objective was to identify the main factors that favor the involvement of the magnitude of Burnout Syndrome among perfusionist nurses. It is observed that the syndrome affects especially health professionals, including perfusionist nurses, factors such as an exhaustive work schedule, absence of over-warning and among other activities are directly related to the Burnout Syndrome. For this reason, and also due to the highly stressful characteristics of the profession, nursing professionals - perfusionists were selected to carry out this study.

Keywords: Burnout syndrome. Stress. Extracorporeal circulation. Nurses.

1 INTRODUÇÃO

As mudanças advindas da globalização, introduzidas no processo de trabalho, permitiram às empresas em seus mais diversos setores, o aumento gradual da produtividade afim de obter lucros. Entretanto, esse novo processo produtivo trouxe impactos significativos à saúde dos trabalhadores, culminando com o aparecimento de afecções no âmbito físico e psíquico, entre as quais menciona-se o estresse.

O estresse, como doença intrinsecamente relacionada ao modo da reação do indivíduo frente ao agente causador, é representada por acontecimentos da vida e fontes relacionadas ao trabalho e somadas as condições emocionais como: a forma de pensar, valores e crenças. Portanto, esta doença acomete de forma mais contundente o indivíduo por reflexos advindos diretamente do ambiente e de diversas condições de trabalho envolvidas.

Mais recentemente, tornou-se presente na literatura um tipo de estresse relacionado ao trabalho, denominado Síndrome de Burnout. A Síndrome de Burnout pode se desenvolver entre pessoas de diferentes profissões, em qualquer faixa etária, mas está mais presente entre profissionais que tem maiores contatos interpessoais.

Na área de saúde, a Síndrome de Burnout assume características ainda mais complexas e extensas, pois acomete um profissional responsável pela saúde de outro ser humano. Estudos na área enfocam os aspectos do trabalho em saúde que contribuem para o desenvolvimento deste agravo bem como as consequências sobre a saúde do profissional, a qualidade de seu atendimento e a saúde de seus pacientes.

A enfermagem é vista como uma das profissões onde se tem um elevado nível de estresse dos profissionais, podendo ser relacionada com a grande responsabilidade em lidar com o ser humano, tendo como principal objetivo o restabelecimento da saúde do cliente, por meio de ações que proporcione a melhoria da qualidade de vida.

O ambiente de trabalho no centro cirúrgico, os enfermeiros perfusionistas apresentam um grande desgaste físico e mental, devido as exigências exacerbadas de produção, somado a cargas horárias acentuadas e a submissão do profissional ao tempo do relógio em detrimento ao tempo biológico da cirurgia. A gravidade dos procedimentos, a responsabilidade nas tomadas de decisão, o trabalho por turno, e a escassez de profissionais, são fatores que contribuem para situações de estresse.

Diante da perspectiva justifica-se este trabalho por ser uma realidade vivenciada nos blocos cirúrgicos. Existe especialmente a prevalência da Síndrome de Burnout nos trabalhadores enfermeiros perfusionistas, estabelecendo as dimensões do esgotamen-

to profissional, bem como garantir intervenções que minimizem as suas implicações sobre o processo de trabalho. Ainda são poucos os estudos, no Brasil, sobre as condições de saúde dos perfusionistas, notadamente sobre a Síndrome de Burnout e sua relação com esse grupo específico de trabalhadores.

Deste modo, o presente trabalho teve como objetivo identificar os principais fatores que favorecem o acometimento da magnitude da Síndrome de Burnout entre os enfermeiros perfusionistas.

Trata-se de um estudo exploratório de natureza qualitativa com coleta de dados em literaturas científicas. O método utilizado foi à revisão bibliográfica de literatura científica pré-existente em artigos científicos e literaturas na área. Para a realização do presente estudo, utilizou-se como descritores: Síndrome de Burnout; estresse; Circulação Extracorpórea; enfermeiros.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 A ligação estresse como sinal da Síndrome de *Burnout* nos enfermeiros perfusionistas

O termo *Burnout* foi utilizado pela primeira vez na década de 70 quando o psicólogo Hebert J. Freudenberger publicou, em 1974, um artigo alertando a comunidade médica sobre os sintomas da Síndrome observada em jovens trabalhadores de uma clínica de dependentes de substâncias químicas na cidade de Nova York (SOARES; CUNHA, 2007).

Segundo Trigo, Teng, Hallak (2007) o termo *Burnout* é definido como aquilo que deixou de funcionar por absoluta falta de energia, o profissional que chegou a seu limite, tendo prejudicado seu desempenho físico ou mental, caracterizado como um processo que se inicia com excessivos e prolongados níveis de estresse no local de trabalho.

É uma síndrome do meio laboral caracterizada por um processo de resposta de cronificação ao estresse ocupacional, estresse como um esgotamento pessoal, sinônimo de cansaço, dificuldade, frustração, ansiedade, desamparo, desmotivação. Desenvolve-se quando os métodos de enfrentamento falham ou são insuficientes trazendo consigo consequências negativas tanto em nível individual, como profissional, familiar e social. A síndrome envolve três componentes: exaustão emocional, despersonalização e falta de envolvimento pessoal no trabalho (BENEVIDES-PEREIRA, 2003).

A exaustão profissional se refere à sensação de esgotamento físico e mental aos sentimentos de carência de energia para as atividades diárias, ou seja, de haver chega-

do ao limite das forças. A despersonalização significa que o indivíduo vem alterando seus sentimentos e comportamentos, tornando-se frio e impessoal com os usuários do sistema de saúde, podendo se tornar irônico em relação as pessoas e situações. Baixa realização profissional evidencia os sentimentos de insatisfação, insuficiência, baixa autoestima, tendência a se auto avaliar de forma negativa levando o profissional a se sentir infeliz e insatisfeito com o desempenho com as atividades laborais (SILVA; LOUREIRO; PERES, 2008).

O estresse ocupacional é um processo onde o profissional percebe suas demandas de trabalho como estressores, excedendo suas habilidades de enfrentamentos em relação às reações negativas, ou suas habilidades aparecem de forma equivocada, pois os profissionais não reconhecem sua história clínica (WAI; CARVALHO, 2009). A simples presença de agentes estressores no contexto do trabalho, no qual o profissional está inserido, não caracteriza um fenômeno de estresse. É necessário que se perceba e avalie fatores estressores, além de características pessoais do trabalhador frente ao trabalho e aspectos relacionados às situações vivenciadas no trabalho (LAZARUS, 1995). Borges e colaboradores (2002) acentuam que se trata de um processo que ocorre no campo das interações entre as características do ambiente de trabalho e as próprias de cada indivíduo - as características pessoais.

De acordo com Carlotto e Camara (2008) descrevem a Síndrome de *Burnout* como um dos grandes problemas psicossociais que afetam profissionais de diversas áreas considerando a severidade das consequências, tanto individuais, quanto organizacionais.

As cirurgias cardiovasculares são procedimentos de alta complexidade, com um período de tempo elevado, comparando com outros tipos de cirurgias e requerendo número maior de equipamentos e recursos materiais. A maioria das cirurgias são utilizadas a circulação extracorpórea (CEC), assegurando um padrão de normalidade fisiológica do corpo humano durante o período de cardioplegia (TORRATI; DANTAS, 2012).

A CEC é mais utilizada para as cirurgias de revascularização do miocárdio, correção valvar e dentre outras, porém com o tempo de CEC elevado, pode resultar em inúmeras alterações fisiológicas no organismo, sendo detectado durante o intraoperatório e nas primeiras horas do pós-operatório (BARBOSA, CARDINELLI, ERCOLE, 2010).

Com o início da utilização da CEC foi uma melhoria extremamente significativa que possibilitou o aprimoramento da cirurgia cardiovascular, uma vez que na maior parte das cirurgias cardíacas existe a necessidade da CEC durante uma parte do pe-

ríodo transoperatório. Procedimentos cardíacos com CEC é uma prática no cotidiano, e esta demanda deve aumentar ainda mais com as comorbidades cada vez maiores da população, o que leva a maiores números de cirúrgicas cardíacas somado ao aumento do envelhecimento populacional e o aumento da incidência de doenças cardiovasculares e respiratórias (BRAILE; GOMES, 2018).

O perfusionista é um dos principais profissionais que atuam na substituição das funções cardiopulmonares do paciente por meio da CEC no período principal da cirurgia cardiovascular, utilizando materiais e equipamentos específicos. A CEC vem se aperfeiçoando e se solidificando de forma prodigiosa e com velocidade superada. O desenvolvimento de novas tecnologias de suporte extracorpóreo tem feito com que o perfusionista expanda suas atribuições para além do perioperatório da cirurgia cardíaca convencional, resultando em um acúmulo de demandas e funções (BRAILE; GOMES, 2018, p 141).

Segundo Barbosa, Cardinelli e Ercole (2010), a CEC como sendo um procedimento de alta complexidade, bem como a utilização de equipamentos e materiais cirúrgicos torna a vida do enfermeiro perfusionista um constante estresse. Nesse contexto a presença do profissional habilitado para exercer a função vital do paciente, bem como a garantia da segurança do paciente e do tratamento cirúrgico em si, necessita-se de um contínuo aperfeiçoamento e presença nas comissões de compras de insumos necessários a cirurgia, torna esse profissional com grandes responsabilidades e aumento ainda mais os níveis de estresse, pela responsabilidade em suas mãos. “A área da enfermagem, hoje, já é apontada como uma das profissões onde se tem uma carga muito grande de responsabilidade e compromisso no exercício profissional de restabelecer a saúde do ser humano” (COSTA; MARTINS, 2011, p. 1192).

Em uma pesquisa, identificando o estresse aos perfusionista em Santa Maria RS sobre autoria de Nicoletti (2018), o autor revela que uma amostra de 157 perfusionistas, desse quantitativo, 58% (91) são do sexo feminino e 42% (66) masculino. O nível de estresse alto está presente em 21% (33); moderado 50,9% (79) e baixo 28,7%(45) dos perfusionistas.

O serviço de enfermagem é desenvolvido em sua maior parte por pessoas do sexo feminino, que são obrigadas a desenvolver uma dupla jornada de trabalho, seja em atividades domésticas ou quando trabalham em outro emprego. Os múltiplos papéis remetem a mulher a uma situação de impotência e frustração, pela dificuldade em conciliar seus afazeres, conduzindo-a ao estresse. A longa e exaustiva jornada de trabalho, a baixa remuneração, o que é insuficiente para o sustento familiar, leva a procura de novas fontes de renda, interferindo na qualidade de vida do trabalhador (PAVARO; MARTINO, 2004).

Outros problemas que geram o estresse é a ausência de um relacionamento adequado entre a equipe, interferindo na assistência prestada e na satisfação do trabalho,

falta de comunicação, impaciência, a não realização do trabalho em equipe, sobrecarga de trabalho, falta de cooperação por parte de equipe, excesso de atividades, insuficiência de pessoal e de material, impossibilita a realização de muitos procedimentos, acarretando para o profissional, angústia e a incapacidade de prestar uma assistência de qualidade. Os serviços prestados ao paciente não requerem apenas habilidades técnicas e científicas, mas também o bem-estar físico, social e psicológico do profissional, para o desenvolvimento de um cuidado de qualidade (CORONETTI *et al.*, 2006).

O estresse pode ser percebido através de sinais e sintomas apresentados pelo profissional quando o mesmo se encontra em uma situação que exige esforço em se adaptar, como aumento da sudorese, tensão muscular, taquicardia, hipertensão arterial sistêmica, mãos e pés frios, náuseas, ansiedade, insônia, dificuldade em relaxar, ira e depressão. Isso reduz a capacidade de desempenhar com eficiência suas atividades, gerando um atendimento deficiente para os pacientes e prejuízos para si próprio, como seu afastamento do cargo para tratamento, que possibilite reduzir o nível de estresse (EMÍLIO; SANTOS, 2013).

Dentre os fatores que desencadeiam a síndrome de Burnout entre os perfusionistas, evidenciam:

- A carga horária que é um fator que tem um impacto ao nível de estresse ao profissional, a autor revela que quanto maior a carga horária for, maior a presença aos agentes estressores, sejam eles ambientais ou mentais;
- Atuação dos perfusionistas que trabalham com pacientes adultos, possuem o nível de estresse maior comparados aos perfusionistas que atentem as duas clientelas (adulto/pediátricos);
- Os perfusionistas que cumprem escalas de sobreaviso apresentaram nível inferior de estresse comparado aos outros profissionais que não cumprem;
- A competitividade entre esses profissionais no mercado de trabalho, exigindo profissional a aquisição do máximo conhecimento no menor tempo possível.

Fonte: Nicoletti (2018)

Uma outra pesquisa realizada com 336 perfusionistas da American Society of Extracorporeal Technology (AmSECT), 67% eram do sexo masculino e 33% do sexo feminino, a análise dos dados revelou que a associação entre as variáveis *burnout* e demanda de trabalho, incluindo nível de estresse, conflito, plantão e horas trabalhadas foi estatisticamente significativa (...) As demandas excessivas de trabalho têm o maior impacto sobre o desenvolvimento de *Burnout* (BUI; et al. 2018, p. 461).

Os profissionais de saúde, de forma geral, apresentam elevada prevalência da Síndrome de *Burnout* face às peculiaridades do exercício do trabalho, em estreita re-

lação com pessoas, acrescido ao enfrentamento das diversas situações em ambiente interacional, que apesar de tratar-se de ambiente de saúde, em sua maioria é caracterizado como desumanizado tantonas atividades quanto nas atitudes (BRASIL, 2001. CAMELO; ANGERAMI, 2006).

Para a ocorrência de um atendimento eficiente e de qualidade os enfermeiros necessitam de condições favoráveis no ambiente de trabalho, necessitando de uma atenção mais cuidadosa dos coordenadores/gestores, e que os mesmos promovam a busca de recursos para solucionar os problemas geradores de estresse. É necessária a percepção da condição humana do profissional, pois todo indivíduo possui suas limitações e a enfermagem ultrapassa seus limites, resultando assim em níveis elevados de estresse. É relevante identificar o desgaste sofrido pela equipe de enfermagem, o que leva a necessidade de rever as condições de trabalho, visando o bem-estar do profissional, dos pacientes, o que resulta na melhoria do atendimento oferecido (EMÍLIO; SANTOS, 2013).

No que se refere à Síndrome de *Burnout*, Moreira e outros (2009) afirmam que tem grande impacto sobre a produtividade dos trabalhadores de saúde, pois com o aparecimento dos primeiros sintomas, há uma maior incidência de absenteísmo, pedido de licenças, bem como, o abandono do emprego, a piora na qualidade da prestação dos serviços e a uma atenção ineficaz que é oferecida ao paciente.

3 CONCLUSÃO

Diante desses fatos, cada vez mais é necessária a divulgação dos conhecimentos de estresse e a consolidação de trabalhos de pesquisa voltados para o enfrentamento do estresse, possibilitando ao trabalhador uma melhor qualidade de vida.

É necessário considerar que promover e manter a qualidade de vida no trabalho é um desafio para os enfermeiros perfusionistas que assumem a função de assistência e/ou gerência nos serviços de cirurgia cardíaca; bem como todos trabalhadores de enfermagem compartilhando responsabilidades e dificuldades em um esforço contínuo e em conjunto.

Observa-se que os enfermeiros estão diretamente inseridos no contexto de pré-disposição a adquirir a Síndrome de *Burnout*. Pois trabalham em áreas altamente estressantes, carga horária elevada, escalas de trabalho em diversos setores e turnos, tipo de paciente atendido, condições de trabalho e não conciliação com a vida familiar, causando um grande desgaste emocional.

Ressalva a grande necessidade de dedicar com a atenção especial prevenção a saúde mental dos todos os perfusionistas, sendo necessário que as instituições tenham

de uma infraestrutura adequada de trabalho com ambiente agradável e humanizado, mudanças na cultura da organização do trabalho, dimensionamento adequado de profissionais, estabelecimento de restrições a exploração do desempenho individual acesso e comunicação clara com os coordenadores e gerentes, com políticas organizacionais que contemplem a qualidade de vida no trabalho dos profissionais.

REFERÊNCIAS

BARBOSA, N.F.; CARDINELLI, D.M.; ERCOLE, F.F. Determinants of Neurological Complications with the Use of Extracorporeal Circulation (ECC). *Arq Bras Cardiol.*; v 95 , n 6, p. 151-7,2010. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0066-782X2010001600022>. Acessado em 15 abril 2020.

BENEVIDES-PEREIRA, A.M.T. MBI - Maslach Burnout Inventory e suas adaptações para o Brasil [resumo]. In: *Anais da 32ª Reunião Anual de Psicologia*. Rio de Janeiro, 2001.p.84-85.

BORGES, L., ARGOLO, J.C.T., PEREIRA, A., MACHADO, A., SILVA, W. A síndrome de *burnout* e os valores organizacionais: um estudo comparativo em hospitais universitários. *Psicologia: Reflexão & Crítica*, v15, p.189-200, 2002.

BRAILE, D.M.; GOMES, W.J. **Evolution of cardiovascular surgery**: the Brazilian saga. A history of work, pioneering experience and success. *Arq Bras Cardiol.* [Internet]. 2010 Feb; v 94, n 2, p. 141-2. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=20428606. Acessado em 15 abril 2020.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde** / Ministério da Saúde do Brasil, Organização Pan-Americana da Saúde no Brasil; organizado por Elizabeth Costa Dias; colaboradores Idelberto Muniz Almeida et al. – Brasília: Ministério da Saúde do Brasil, 2001.

BUI, J.; HODGE, A.; SHACKELFORD, A.; ACSELL, J. [Factors contributing to burnout among perfusionists](#) in the United States. *Perfusion*. [Internet]. 2011 Nov; v 26, n 6, p. 461-6. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=21665910. Acesso em 17 de maio de 2020.

CAMELO, S. H. H; ANGERAMI, E. L. S. O estresse e o profissional de enfermagem que atua na assistência a comunidade. *Revista Nursing*, São Paulo, v. 8, n. 97, p.855-859, jun, 2006.

CARLOTTO, M.S.; CAMARA, S.G. Análise da produção científica sobre a Síndrome de *Burnout* no Brasil. *PSICO*, Porto Alegre, v. 39, n. 22, p. 152-158, abr./jun. 2008.

CORONETTI, A. et al. O estresse da equipe de enfermagem na unidade de terapia intensiva: o enfermeiro como mediador. *ACM arq. catarin. med.* v. 35, n. 4, p. 36-43, 2006.

COSTA, D.T.; MARTINS, M.C.F. Estresse em profissionais de enfermagem: impacto do conflito no grupo e do poder do médico. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. 2, p. 1191-1198, 2011.

EMÍLIO, M.G., SANTOS, G.S. O estresse na equipe de enfermagem que atua no setor de emergência, Monografia (especialização), **Faculdade Redentor**, Itaperuna, 2013.

LAZARUS, R.S. Psychological stress in the workplace. In: CRANDALL, R., PERREWÉ, P. L. (organizadores). **Occupational stress: a handbook**. Washington (DC): Taylor & Francis, p. 3-14, 1995.

MOREIRA, D.S. et al. Prevalência da síndrome de burnout em trabalhadores de enfermagem de um hospital de grande porte da Região Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n 7, p.1559-1568, jul, 2009.

NICOLETTI, A.M. **Perfusionistas brasileiros**: estresse ambiental e qualidade de vida / Andrelise Maria Nicoletti; orientação Cristina Machado Bragança de Moraes; coordenação Cláudia Zamberlan – Santa Maria: Universidade Franciscana - UFN, 2018.

PAVARO, R.C.; MARTINO, M.M. Estudo do estresse do enfermeiro com dupla jornada de trabalho em um hospital de oncologia pediátrica de Campinas. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v.38, n.2, p.152-160, 2004.

SILVA, D.C.M., LOUREIRO, M.F., PERES, R.S. *Burnout* em profissionais de enfermagem no contexto hospitalar. **Psicol. hosp.** (São Paulo) v.6 n.1. São Paulo, 2008.

SOARES, H.L.R.; CUNHA, E.C.C. A Síndrome do “Burn-out”: sofrimento psíquico nos profissionais de saúde. **Revista do Departamento de Psicologia - UFF**, v. 19 - n. 2, p. 505-506, Jul./Dez. 2007.

TORRATI, F.G.; DANTAS, R.A.S. Circulação extracorpórea e complicações no período pós-operatório imediato de cirurgias cardíacas. **Acta Paul Enferm**; v 25, n 3, p. 340-5, 2012.

TRIGO, T.R.; TENG, C.T.; HALLAK, J.E.C. Síndrome de *burnout* ou estafa profissional e os transtornos psiquiátricos. **Rev. Psiq. Clín.**, v. 34, n.5, p. 223-233, 2007.

TRINDADE, L.L.; LAUTERT, L. Síndrome de *Burnout* entre os trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v.44, n.2, p. 274-279, 2010.

WAI, M.F.P.; CARVALHO, A.M.P. Trabalho do agente comunitário de saúde. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 563-568, out./nov., 2009.

CAPÍTULO 13

CONHECIMENTO DOS IDOSOS SOBRE AS INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NUM MUNICÍPIO DO PARANÁ

KNOWLEDGE OF ELDERLY PEOPLE ABOUT SEXUALLY TRANSMITTED INFECTIONS IN THE FAMILY HEALTH STRATEGY IN A MUNICIPALITY OF PARANÁ

*Gerson Andre Makus¹
Daniela Munarini Almeida²*

DOI: 10.46898/rfb.9786558890669.13

¹ Faculdade de Ensino Superior de São Miguel do Iguaçu. <https://orcid.org/0000-0001-8499-1259>. E-mail. pr.gerson@yahoo.com.br

² Faculdade de Ensino Superior de São Miguel do Iguaçu. <https://orcid.org/0000-0001-5005-3483>. E-mail. danimuna@hotmail.com

RESUMO

O objetivo deste estudo foi descrever o conhecimento sobre IST na população idosa no município de Medianeira, PR através de uma pesquisa de campo de caráter descritivo, transversal e de abordagem quantitativa com 177 idosos, usuários do SUS. O envelhecimento da população e o aumento do número de pessoas idosas, acompanhado por melhoria da qualidade de vida, vêm estimulando mudanças de comportamento relacionadas à sexualidade, proporcionando relações afetivas mais ativas, aumentando assim a frequência de práticas sexuais entre as pessoas idosas, porém, conforme as estatísticas houve um aumento de casos de IST nessa população sendo considerado um problema de saúde pública. Os resultados mostram que 66,4% tiveram relações sexuais nos últimos 6 meses; a maioria (83%) não usou preservativo e 92,7% não usaram na última relação sexual. A maioria (68,4%) declarou que não realizou o teste rápido para detecção de IST; Quanto ao conhecimento dos idosos sobre as IST, 66,6% afirmam que conhecem; 58% afirmam que não se percebem susceptíveis; quando perguntados se já haviam recebido orientações de um profissional sobre IST e testes rápidos, 67,8% afirmaram que não receberam orientações. Os resultados concluem que a maioria dos idosos possui conhecimento superficial das IST; que uma parte tinha vida sexual ativa e mesmo que a maioria afirme que qualquer pessoa possa pegar IST, os mesmos não se consideram vulneráveis. Os resultados também apontam que é necessário um olhar mais atento dos profissionais de saúde, em especial o enfermeiro visto que a maioria não recebeu orientação profissional sobre o tema abordado.

Palavras-chave: Saúde do Idoso. Sexualidade. Infecções Sexualmente Transmissíveis. Qualidade de vida.

ABSTRACT

The aim of this study was to describe the knowledge about STI in the elderly population in the city of Medianeira, PR through a field research of a descriptive, transversal and quantitative approach with 177 elderly people, users of SUS. The aging of the population and the increase in the number of elderly people, accompanied by an improvement in the quality of life, have been stimulating behavioral changes related to sexuality, providing more active affective relationships, thus increasing the frequency of sexual practices among the elderly, however, according to statistics, there was an increase in STI cases in this population, being considered a public health problem. The results show that 66.4% had sex in the last 6 months; the majority (83%) did not use a condom and 92.7% did not use it in the last sexual intercourse. The majority (68.4%) stated that they did not perform the rapid test for STI detection; As for the knowledge of the elderly about STIs, 66.6% say they know; 58% say they do not perceive themselves as susceptible; when asked if they had already received guidance from a profes-

nal about STIs and rapid tests, 67.8% stated that they had not received guidance. The results conclude that the majority of the elderly have superficial knowledge of STIs; that a party had an active sex life and even though the majority claim that anyone can get STIs, they do not consider themselves vulnerable. The results also point out that it is necessary to have a closer look from health professionals, especially nurses, since the majority did not receive professional guidance on the topic addressed.

Keywords: Health of the Elderly. Sexuality. Sexually Transmitted Infections. Quality of life.

1 INTRODUÇÃO

O processo de envelhecimento faz parte da realidade da maioria das sociedades e ter uma vida longa é um triunfo em grande parte delas. O envelhecimento da população é uma resposta à alteração de certos números de saúde, principalmente a diminuição da fertilidade e da mortalidade além do crescimento da esperança de vida (BRASIL, 2007).

À medida que avança o envelhecimento da população, aumenta o desafio de oferecer à população idosa os cuidados adequados para a atenção à sua saúde, pois há diversas particularidades que devem ser conhecidas e consideradas (PARANA, 2017). Sendo que o maior desafio no atendimento ao idoso é conseguir contribuir para que, apesar das progressivas limitações que possam acontecer, eles possam redescobrir possibilidades de viver sua própria vida com qualidade (BRASIL, 2007).

O envelhecimento da população e o aumento do número de pessoas idosas, acompanhado por melhoria da qualidade de vida, vêm estimulando mudanças de comportamento relacionadas à sexualidade, proporcionando às pessoas relações afetivas mais ativas (OLIVI, 2006).

1.1 Problema

Os assuntos sobre sexualidade para a população idosa, que já não tem preocupação com anticoncepção, são tratados pela literatura enfatizando aspectos relativos ao desempenho ou às disfunções sexuais e suas relações com qualidade de vida, dando menor ênfase à promoção da saúde sexual e prevenção de IST/AIDS (OLIVI, 2006).

O pensamento de que as pessoas idosas também possam manter relações sexuais não é culturalmente muito aceita. A ideia de que a idade avançada e a diminuição da atividade sexual estejam atreladas pode ser um dos fatores responsáveis pela maneira imprópria com que é notada a condição de vida das pessoas idosas (BRASIL, 2007).

As Infecções sexualmente transmissíveis em idosos no Brasil têm surgido como um problema de saúde pública. Segundo o IBGE, a incidência de AIDS entre idosos está em torno de 2,1%, sendo a relação sexual o meio principal de infecção pelo HIV. Mas há evidências crescentes de que esse grupo está se infectando cada vez mais não só pelo HIV, mas também, por outras doenças sexualmente transmissíveis como sífilis, gonorreia e outras (BRASIL, 2007).

Diante desse cenário, a presente pesquisa respondeu a pergunta norteadora “Qual o conhecimento dos idosos sobre as infecções sexualmente transmissíveis num ESF do município de Medianeira/PR?”.

1.2 Justificativa

As ações de promoção em saúde, relativas às IST, devem considerar o comportamento sexual dos indivíduos, as informações sobre suas práticas sexuais, além de atentar para quais informações ou o que as pessoas conhecem sobre IST. A compreensão sobre as práticas sexuais e o conhecimento que as pessoas têm sobre IST podem acrescentar evidências sobre os fatores de risco e de proteção em relação à doença (OLIVI, 2006).

Assim a pesquisa realizada em todas as Unidades Básicas de Saúde de Medianeira/PR permitiu elaborar um diagnóstico do quanto os idosos sabem sobre as IST e se usam ou não método de prevenção, e diante dos resultados levantados será possível programar ações que possam aperfeiçoar o enfrentamento às IST na população idosa.

O objetivo do estudo é Identificar o conhecimento da pessoa idosa acerca da sexualidade e da sua exposição às ISTs na Estratégia da Saúde da Família do Município de Medianeira, PR.

1.3 Metodologia

A pesquisa é de caráter descritivo, transversal e de abordagem quantitativa. Foi realizada nas Unidades de Saúde do município de Medianeira/PR localizado no Oeste do Estado Paraná, distante 580 km da capital do estado, Curitiba. O município possui uma superfície de 314,632 km² e uma população de 41.830 habitantes, sendo que 89,4% estão distribuídos na área urbana e 10,6% na área rural.

Do total de habitantes 10,3% são pessoas idosas (IBGE, 2010). O município possui 9 Unidades Básicas de Saúde, das quais 8 estão na área urbana e 1 na área rural, com cobertura de 100% de Estratégia Saúde da Família.

A população do estudo foi constituída de idosos, com 60 anos ou mais de idade, de ambos os sexos, usuários do Sistema Único de Saúde do município de Medianeira. Para o cálculo de amostra foi considerado a população de 4.335 idosos, erro amostral de 5% e nível de confiança de 90%, a amostra foi constituída de 177 participantes. Foram abordados 179 idosos, sendo que 2 não aceitaram participar do estudo.

Para o município de Medianeira, ambiente do estudo, o uso dos dados da pesquisa e a caracterização do perfil dos idosos serão importantes para reconhecer a demanda necessária e estruturar intervenções em saúde, tanto por gestores como por profissionais de saúde, aperfeiçoando as políticas públicas, viabilizando e aprimorando a assistência de qualidade para a população idosa.

Para os participantes ao compreenderem a importância da prevenção das IST, agir de forma preventiva a fim de evitar agravos na sua saúde, como também, romper com estereótipos ligados à terceira idade quanto a sua sexualidade.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

É função das políticas públicas de saúde contribuir para que mais pessoas alcancem as idades avançadas com o melhor estado de saúde possível, e envelhecer de maneira ativa e saudável é o grande objetivo nesse processo (BRASIL, 2007). A Lei N° 10.741 de 1 de outubro de 2003 que institui o Estatuto do Idoso no Brasil, no seu Art. 9° do direito a vida determina que é a obrigação do Estado garantir à pessoa idosa a proteção a vida e à saúde mediante efetivação de políticas sociais públicas que permitam um envelhecimento saudável e em condições de dignidade (BRASIL, 2003).

Conforme o Relatório Mundial sobre o Envelhecimento e Saúde, entre 2015 e 2020, a proporção da população mundial acima de 60 anos passará de 12% para 22%, mostrando que o ritmo do envelhecimento da população é muito mais rápido que no passado. Em 2050 há a previsão de que a população mundial acima dos 60 anos supere os 2 bilhões de pessoas (OPAS, 2018).

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no ano 2000 a população idosa com mais de 60 anos no Brasil era de 14,5 milhões e a estimativa para 2060 é que este número alcance os 73 milhões (SBGG, 2019).

O envelhecimento da população e o aumento do número de pessoas idosas, acompanhado por melhoria da qualidade de vida, vêm estimulando mudanças de comportamento relacionadas à sexualidade, proporcionando às pessoas relações afetivas mais ativas (OLIVI, 2006).

No contexto atual, são muitos os fatores que estimulam o prolongamento da atividade sexual desse grupo populacional. Maior expectativa de vida saudável, incremento da vida social e, por consequência, da vida sexual, em decorrência de novas drogas para a disfunção erétil, medicamentos que minimizam os efeitos da menopausa, lubrificantes vaginais, próteses, correção e prolongamento peniano, cirurgias plásticas estéticas, os exames preventivos de câncer de próstata, fazendo com que essa população frequente mais os serviços de saúde (BRASIL, 2007).

Por isso é importante lembrar que o aumento da frequência de práticas sexuais entre as pessoas idosas deve estar associado a iniciativas de prevenção e de assistência para o controle de eventos relacionados à exposição às infecções sexualmente transmissíveis. Os profissionais de saúde devem monitorar e acompanhar esses eventos nos serviços de Atenção Básica e nos serviços especializados (BRASIL, 2007).

Embora se observe aumento de número de casos de infecção pelo HIV e AIDS em pessoas com 50 anos e mais de idade, não é comum que essa população considere o risco para contrair IST/AIDS, e, embora possam se envolver em comportamentos de risco como sexo desprotegido, ainda assim não se percebem que são vulneráveis a infecções sexualmente transmissíveis (OLIVI, 2006).

3 METODOLOGIA

A abordagem aos idosos se deu nas Unidades Básicas de Saúde enquanto aguardavam. Foram incluídos idosos de 60 anos e mais de idade, de ambos os sexos, cadastrados nas ESF do município, e excluídos os idosos que apresentaram incapacidade cognitiva, e idosos que não queriam participar da pesquisa e/ou não assinaram o TCLE.

Como instrumento de coleta de dados utilizou-se um questionário com 20 perguntas, sendo os itens de caracterização da amostra elaborados pelo pesquisador e, itens relacionados à sexualidade e ISTs elaborados e validados por Olivi (2006). O instrumento é composto por questões dicotômicas (sim/não), e RU (Resposta única).

A análise dos dados coletados por meio do questionário foi tabulada numa planilha construída no programa Microsoft Office Excel para a análise quantitativa. Assim, foram utilizados os métodos da estatística básica.

A análise dos dados constou de uma etapa descritiva das variáveis sociodemográficas e uma etapa sobre o comportamento e conhecimento das IST.

Para a execução do projeto, foram respeitadas as diretrizes da Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Oeste do Paraná – Unioeste.

4 RESULTADOS

Participaram do estudo 177 idosos, entre os entrevistados, a idade variou entre 60 anos e 86 anos, sendo a maioria na faixa etária entre 60 e 69 anos (62,2%); as mulheres representaram o maior percentual entre os idosos estudados (59,3%). Quanto ao estado civil, a maioria (57,6%) era casada, (tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição dos entrevistados, segundo variáveis sociodemográficas e sexo, Medianeira - PR, 2020.

Variáveis	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Sexo (n=177)	72	40,7	105	59,3	177	100,00
Idade (n=177)						
60 a 69	37	51,4	73	69,5	110	62,2
70 a 79	30	41,7	29	27,6	59	33,3
80 e mais	5	6,9	3	2,9	8	4,5
Estado Civil (n=177)						
Solteiro/a	10	13,9	6	5,7	16	9,1
Casado/a	45	62,5	57	54,3	102	57,6
Divorciado/a	5	6,9	8	7,6	13	7,3
Separado/a	4	5,6	7	6,7	11	6,2
Viúvo/a	8	11,1	27	25,7	35	19,8

Fonte: Dados da pesquisa

Em relação ao tipo de relacionamento sexual dos idosos, a tabela 2 demonstra que 65,5% afirmam ter parceiro fixo; quanto à atividade sexual, constatou-se que 58,3% dos homens afirmam ter tido relações sexuais nos últimos 6 meses, enquanto que 41,0% das mulheres referem atividade sexual neste mesmo período. Ao contar apenas aqueles que possuíam parceiro fixo, eventual, eventual e fixo que representam 70,6% dos idosos pesquisados, 66,4% tiveram relações sexuais nos últimos 6 meses, desses, 39,2% tiveram relações sexuais semanalmente.

Sobre o uso de preservativos, a maioria 83,1% dos entrevistados que tinham relações sexuais não usavam. Em relação ao uso de preservativo na última relação sexual, 88,9% dos homens e 95,2% das mulheres afirmam não ter usado. E, quando perguntados se já haviam realizado o teste rápido para detecção de HIV, sífilis e Hepatite virais B e C, 63,9% dos homens e 71,4% das mulheres alegam que não realizaram o teste ainda.

Tabela 2 – Comportamento sexual dos entrevistados segundo sexo, Medianeira - PR, 2020.

Variáveis	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Tipo de parceiro(a) sexual (n=177)						
Fixo	52	72,2	64	61,0	116	65,5
Eventual e fixo	2	2,8	-	-	2	1,1
Eventual	6	8,3	1	0,9	7	4,0
Sem parceiro	12	16,7	40	38,1	52	29,4
Teve relação sexual nos últimos 6 meses (n=177)						
Sim	42	58,3	43	41,0	85	48,0
Não	30	41,7	62	59,0	92	52,0
Frequência de atividade sexual (n=125)*						
Nenhuma	11	18,3	15	23,1	26	20,8
Uma vez por semana	16	26,7	21	32,3	37	29,6
Mais de uma vez por semana	9	15,0	3	4,6	12	9,6
Quinzenal	9	15,0	9	13,8	18	14,4
Mensal	7	11,7	9	13,8	16	12,8
Não lembra	8	13,3	8	12,3	16	12,8
<i>*contando apenas os que tinham parceiros fixo, eventual e fixo e eventual</i>						
Usa preservativos na relação sexual (n=124)*						
Não usa	48	78,7	55	87,3	103	83,1
Sempre usa	3	4,9	2	3,2	5	4,0
Às vezes usa	10	16,4	6	9,5	16	12,9
<i>*Considerando apenas aqueles que têm relação sexual</i>						
Usou preservativo na última relação sexual (n=177)						
Sim	8	11,1	5	4,8	13	7,3
Não	64	88,9	100	95,2	164	92,7
Já realizou o teste rápido para detecção de IST (n=177)						
Sim	26	36,1	30	28,6	56	31,6
Não	46	63,9	75	71,4	121	68,4

Fonte: Dados da pesquisa

Sobre o conhecimento de IST dos idosos entrevistados, 66,7% afirmam conhecer uma ou mais infecção. As IST mais lembradas por aqueles que conheciam alguma IST foram a Gonorreia, seguido por HIV/AIDS, sífilis, HPV, cancro, Linfocarcinoma Venéreo e Herpes.

Em relação ao conhecimento sobre a importância do uso do preservativo na prevenção das IST; 72,3% dos entrevistados afirmam que o preservativo protege. Quando perguntados sobre quem pode pegar IST, constatou-se que 79,1% da população de estudo consideram que qualquer pessoa pode contrair uma IST, e 20,9% responderam que apenas grupos específicos como, por exemplo, jovens, os que têm vários parceiros, homossexuais, profissionais do sexo e os que não usam preservativos são mais suscep-

tíveis a contrair IST. Mas quando questionados se eles podem contrair 58,2% alegaram que não.

Os entrevistados quando perguntados se já haviam recebido orientações de um profissional de saúde sobre as IST e o teste rápido, 67,8% dos idosos responderam que não haviam recebido orientações. 19,8% receberam orientações do médico, 9,6% por enfermeiro, 8,5% por outro profissional e 5,6% por agente comunitário de saúde (Tabela 3).

Tabela 3 - Conhecimento dos idosos sobre IST, segundo sexo, Medianeira - PR, 2020.

Variáveis	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Conhece alguma IST? (n=177)						
Nenhuma	25	34,7	34	32,4	59	33,3
Uma ou mais	47	65,3	71	67,6	118	66,7
O preservativo previne as IST? (n=177)						
Sim	54	75,0	74	70,5	128	72,3
Não	3	4,2	12	11,4	15	8,5
Não sei	15	20,8	19	18,1	34	19,2
Quem pode pegar IST? (n=177)						
Qualquer pessoa	56	77,8	84	80,00	140	79,1
Alguns grupos específicos	16	22,2	21	20,0	37	20,9
Acha possível pegar IST? (n=177)						
Sim	35	48,6	39	37,1	74	41,8
Não	37	51,4	66	62,9	103	58,2
Recebeu orientação de um Profissional sobre IST e testes rápidos (n=177)*						
Enfermeiro	7	9,7	10	9,5	17	9,6
Médico	14	19,4	21	20,0	35	19,8
Agente de Saúde	3	4,1	7	6,7	10	5,6
Outro profissional	4	5,6	11	10,5	15	8,5
Não recebi	50	69,4	70	66,7	120	67,8

*7,9% idosos responderam que receberam informações com mais de um profissional

Fonte: Dados da pesquisa

5 DISCUSSÃO

O conhecimento em saúde no aspecto gerontológico é um importante determinante para comportamentos de risco e a percepção de vulnerabilidade (NARDELLI, et al. 2016), e nesse sentido a pesquisa mostra alguns resultados interessantes.

O total de idosos abordados foi de 179 idosos, dos quais 177 (98,9%) aceitaram participar do estudo, apesar de ser um assunto difícil de ser abordado por ser considerado um tabu, a presente pesquisa é diferente do que foi apresentado por Maschio et al, 2011 quando na sua pesquisa com idosos do município de Curitiba, Paraná, sobre a mesmo tema, apenas 49% idosos abordados aceitaram participar. Conforme Cerquei-

ra et al, 2016, falar sobre a sexualidade do idoso é quebrar tabus. Porém apesar de ser um tabu, no contexto dos idosos abordados, houve boa aceitação.

No estudo pode-se observar que há um percentual maior de idosos do sexo feminino (59,3%) que frequentaram a Atenção Básica, local onde foram abordados. ANTES et al. (2014) apresenta números similares no seu estudo sobre o perfil socioeconômico na cidade de Florianópolis quando os idosos de sexo feminino representaram 62,5%. Corroborando assim com os resultados apresentados.

Quanto à faixa etária a maioria dos idosos se situou no grupo etário de 60 a 69 anos (62,2%) constituindo uma população idosa principalmente por idosos de faixa etária mais jovem no município de Medianeira. Muito similar com os resultados apresentados em dois estudos sobre o perfil socioeconômico dos idosos de Florianópolis numa análise comparativa dos estudos de 2002 e 2009 realizados por ANTES et al., (2014) com 875 idosos quando esse faixa etária representava 53,9% da população pesquisada.

Ao avaliar os dados em relação ao estado civil, pode-se observar que houve uma grande predominância de idosos que eram casados (57,6%), estando em conformidade com o que foi apresentado por Pereira e Alves (2016) no estudo sobre a condição de vida e saúde dos idosos no qual os dados do Boletim PAD-MG mostrou que a maioria deles eram casados (52,3%).

Em relação ao uso de preservativo na última relação sexual, a maioria, 92,7% dos participantes não utilizou. Olivi (2006) realizou uma pesquisa com servidores com 50 anos e mais do município de Cuiabá sobre a percepção de risco para às IST e obteve como resultado que 83,1% dos participantes não utilizou preservativo na última relação sexual corroborando com os resultados obtidos da pesquisa em questão.

Chama a atenção o fato de que 95,2% das mulheres não utilizou preservativo na última relação sexual. Como o número de idosos vem crescendo no mundo e com o advento de tratamentos de reposição hormonal e medicações para impotência, tem permitido que os idosos redescubram novas experiências e assim prolonguem a sua vida sexual, aumentando a ocorrência de práticas sexuais inseguras contribuindo para que eles se tornem vulneráveis às Infecções como HIV, sífilis gonorreia e outras (NARDELLI et al, 2016). Além disso, Lazzarotto et al., (2008) afirma que as mulheres desse grupo não acreditam que precisam de proteção por terem parceiros fixos e por já estarem no período pós-menopausa e sem risco de gravidez.

Em relação à atividade sexual, aqueles que possuíam parceiro fixo, eventual, eventual e fixo que representam 70,6% dos idosos pesquisados, 66,4% tiveram rela-

ções sexuais nos últimos 6 meses, desses, 39,2% tem relações sexuais semanalmente, e isso encontra consonância com outras literaturas e estudos. Vieira, (2012) em sua tese sobre a sexualidade e qualidade de vida do Idoso com 200 idosos constatou que 77% dos participantes tinham vida sexual ativa, assim como também foram os resultados semelhantes obtidos por Silva, et al. (2012) que constatou no seu estudo que dos idosos participantes, 73% eram sexualmente ativos.

Em relação ao conhecimento das infecções sexualmente transmissíveis, 66,7% dos idosos afirmam que conhecem uma ou mais infecções. Este percentual está abaixo de outros estudos. Bastos et al., (2018) em sua avaliação do nível de conhecimento em relação às IST com idosos do município de Sobral, CE mostrou que 96,4% dos idosos tinham o conhecimento do HIV. Theis e Leite Gouvêa (2019) em seu estudo com idosos na região do Vale do Itajai, SC constatou que 100% dos idosos tinham o conhecimento das IST.

Outro fator abordado foi se os entrevistados já haviam realizado o teste rápido para detecção de HIV, Sífilis, Hepatite B e C. 68,6% não haviam feito o teste. Um estudo realizado com 382 idosos na cidade de Botucatu por Andrade, et al. (2017) mostra valores aproximados, 79,6% também não haviam realizado o teste. O não conhecimento e a não realização de teste rápido pela maioria dos idosos, como mostra o estudo influencia diretamente na falta de diagnóstico de IST ou muitas vezes em diagnóstico tardio, aumentando assim a possibilidade de evolução da infecção.

Outro resultado apresentado ao entrevistar os idosos é que a maioria (58%) não se considera vulnerável às IST. Mesmo que 72,3% ache que o preservativo proteja e previna contra as Infecções sexualmente transmissíveis e, mesmo que 79,1% considere que qualquer pessoa possa pegar IST, eles mesmos não usavam preservativo devido que, na perspectiva deles, apenas mantinham relações sexuais com pessoas de confiança e não corriam riscos, e isso vem ao encontro do que Maschio, et al. (2011) afirma, de que muitos idosos não se consideram vulneráveis à doença e, a ideia de contrair HIV/AIDS em uma idade avançada não é possível.

Mais um dado que merece atenção é o fato de que a maioria dos idosos (67,8%) afirmaram que não receberam orientações de um profissional de saúde sobre as IST e testes rápidos. É importante frisar o papel do profissional de saúde nesse aspecto, especialmente a equipe de enfermagem que lida diretamente com o idoso na Estratégia da Saúde da Família e Atenção Básica.

Rocha et al, (2013) ressalta que alguns idosos tem o desconhecimento dos programas nacionais que são desenvolvidos pelo Ministério da Saúde como por exemplo: a Caderneta da Saúde da Pessoa Idosa, que é uma ferramenta que proporciona a ga-

rantia da atenção integral à saúde da população Idosa, dando destaque ao envelhecimento saudável e ativo, pois nele contem dados e questões importante sobre a saúde do idoso.

Portanto, surge a necessidade de desenvolver projetos educativos voltados para os idosos, para que assim possam sanar dúvidas sobre as formas de transmissão das infecções e medidas de prevenção no intuito de promover mudanças de comportamento nas suas relações sexuais. Pois durante a pesquisa evidenciou-se durante os comentários, que os mesmos tinham dúvidas relacionadas às IST.

É necessário que haja maior reflexão por parte dos profissionais de saúde diante deste tema, pois a pesquisa mostra que existe sim uma lacuna sobre o conhecimento dos idosos em relação às IST. Rocha et al (2013) faz a observação de que muitas vezes os profissionais da área da saúde não encaram o idoso como alguém sexualmente ativo, que os idosos não pensam em sexo e que não são capazes de despertar desejo sexual em outra pessoa.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao término deste estudo pôde-se constatar que os objetivos foram alcançados, uma vez que foi possível extrair informações sobre o conhecimento dos idosos sobre as IST além de poder identificar qual o comportamento da população idosa entrevistada quanto à sexualidade.

O estudo mostra que os idosos, estão vulneráveis às IST. Apesar de a maioria ter conhecimento sobre as IST mesmo que superficialmente, o não uso de preservativos nas relações sexuais abrem uma lacuna para a transmissão de Infecções sexualmente transmissíveis. Portanto, é necessário criar recursos preventivos e informativos com o objetivo de envolver os idosos no processo de conhecimento quanto ao uso do preservativo e também de mudanças no comportamento.

Há a expectativa de que essa pesquisa chame a atenção para a necessidade de se capacitar de forma adequada os profissionais de saúde que atuam principalmente na atenção primária, especialmente enfermeiros, que estão em contato direto com essa população, para que possam executar ações voltadas para condutas preventivas tendo a compreensão do idoso como ser sexualmente ativo.

Os resultados destacados nesta pesquisa não tem o objetivo de encerrar essa discussão sobre o conhecimento dos idosos sobre as IST. Os dados apresentados não podem ser generalizados, uma vez que os resultados e também conclusões podem não se relacionar a outro grupo populacional por conta da amostra. Assim sendo, sugerem-se novas pesquisas, sobretudo, qualitativas para que possam ser realizadas com o obje-

tivo de evidenciar a sexualidade e sua relação com as IST sob a visão da pessoa idosa, já que houve densos detalhes relatados informalmente que não foram anotados e nem considerados nesta pesquisa.

Pesquisar sobre esse tema é imprescindível para promover a mudança sociocultural e subsidiar o cuidado integral do idoso por parte dos profissionais de saúde.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, J et al. **Vulnerabilidade de idosos a infecções sexualmente transmissíveis.** Acta paul. enferm., São Paulo , v. 30, n. 1, p. 8-15, Jan. 2017. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010321002017000100008&lng=en&nrm=iso>. Access on 17 Oct. 2020.

ANTES, D. L. et al. **Perfil socioeconômico dos idosos de Florianópolis: análise comparativa dos estudos Perfil do Idoso 2002 e EpiFloripa Idoso 2009.** Revista Brasileira de Epidemiologia, São Paulo, SP, v. 17, n. 1, p. 189-202, 2014.

BASTOS, L M et al . **Avaliação do nível de conhecimento em relação à AIDS e sífilis por idosos do interior cearense, Brasil.** Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 23, n. 8, p. 2495-2502, ago. 2018 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232018000802495&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 17 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa /** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego (MTE). <<https://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2017-10/media-salarial-dos-idosos-e-maior-do-pais>>. Acesso em 16 de Out. 2020.

CERQUEIRA, Marília Borborema Rodrigues; RODRIGUES, Roberto Nascimento. **Fatores associados à vulnerabilidade de idosos vivendo com HIV/AIDS em Belo Horizonte (MG), Brasil.** Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 21, n. 11, p. 3331-3338, Nov. 2016 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232016001103331&lng=en&nrm=iso>. Access on 15 Oct.

DORNELAS NETO, J et al . **Doenças sexualmente transmissíveis em idosos: uma revisão sistemática.** Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 20, n. 12, p. 3853-3864, Dec. 2015 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232015001203853&lng=en&nrm=iso>. Access on 17 Oct. 2020.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Projeção da população do Brasil e das Unidades da Federação.** Acesso em 10 de Março de 2020. <<https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/index.html>>.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo de 2010.** Acesso em 10 março 2020. <<https://censo2010.ibge.gov.br/>>.

LAZZAROTTO, A. R. et al. **O conhecimento de HIV/aids na terceira idade: estudo epidemiológico no Vale do Sinos, Rio Grande do Sul, Brasil.** *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 6, p. 1833-1840. 2008.

MASCHIO, M B M et al. **Sexualidade na terceira idade: medidas de prevenção para doenças sexualmente transmissíveis e AIDS.** *Rev. Gaúcha Enferm.* (Online), Porto Alegre, v. 32, n. 3, p. 583-589, Sept. 2011. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198314472011000300021&lng=en&nrm=iso>. Access on 15 Oct. 2020.

NARDELLI, G G et al. **Conhecimento sobre síndrome da imunodeficiência humana de idosos de uma unidade de atenção ao idoso.** *Rev. Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre, v. 37, n. spe, e2016-0039, 2016. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198314472016000500416&lng=en&nrm=iso>. access on 15 Oct. 2020.

OLIVI, Magali. **Comportamento, conhecimento e percepção de risco sobre doenças sexualmente transmissíveis em um grupo de pessoas com 50 anos e mais de idade.** Dissertação Ciências da Saúde (Pós-Graduação em Enfermagem). Universidade Estadual de Maringá - UEM. Maringá, 2006 <<http://repositorio.uem.br:8080/jspui/handle/1/2342>>.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde.** 2015

OPAS. Organização Panamericana de Saúde. **Folha Informativa, envelhecimento e Saúde.** Fevereiro 2018. Acesso em 10 Março 2020. <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5661:folha-informativa-envelhecimento-e-saude&Itemid=820>.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Superintendência de Atenção à Saúde. **Avaliação multidimensional do idoso / SAS.** - Curitiba: SESA, 2017.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. **Superintendência de Atenção à Saúde Linha guia da saúde do idoso / SAS-SESA,** Adriane Miró Vianna Benke Pereira, Amélia Cristina Dalazuana Souza Rosa. - Curitiba: SESA, 2018.

PEREIRA, Anaíza Garcia; Alves, Luciana Correia. **Condição de Vida e Saúde dos Idosos: uma revisão bibliográfica.** Núcleo de Estudos de População "Elza Berquó" / Unicamp. Campinas, SP. 2016.

SBBG. Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. **Desafios impactam a vida de Idosos.** 27 Janeiro 2019. Acesso em 10 março 2020. <<https://sbbg.org.br/oms-divulga-metas-para-2019-desafios-impactam-a-vida-de-idosos/>>.

ROCHA et al. **Conhecimento dos idosos sobre HIV/AIDS.** *Revista Interd.* V.6, n.2, p.137-143, abr. mai. jun. 2013.

Theis, I. C.; Leite Gouvêa, D. **Percepção dos idosos em relação a vida sexual e as infecções sexualmente transmissíveis na terceira idade.** *Revista brasileira de ciências da saúde*, v. 23, n. 2, 5 jul. 2019.

Vieira, K. F. L. **Sexualidade e qualidade de vida do Idoso: desafios contemporâneos e repercussões sociais.** (Tese de Doutorado), Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, PB, 2012.



CAPÍTULO 14

BENEFÍCIOS DA TERAPIA MANUAL E DA ELETROTERAPIA NO TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO DAS DISFUNÇÕES TEMPOROMANDIBULARES: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

BENEFITS OF MANUAL THERAPY AND OF ELECTRO-THERAPY IN THE PHYSIOTHERAPEUTIC TREATMENT OF TEMPOROMANDIBULAR DISORDERS: NA INTEGRATIVE REVIEW

*Thayana Fernanda da Silva Oliveira¹
Márcio Eduardo Silva Alves²
Taciana Aline Maciel Bezerra Oliveira³
Ana Patrícia bastos Ferreira⁴
Danusa Cristina Barbosa de Lima⁵
Karla Patrícia Alves Queiroz⁶
Maria Cristina Damascena dos Passos Souza⁷*

DOI: 10.46898/rfb.9786558890669.14

¹ Centro Universitário Maurício de Nassau. <https://orcid.org/0000-0001-5833-9910>. brasilthayana2012@outlook.com

² Centro Universitário Maurício de Nassau. <https://orcid.org/0000-0002-2039-2668>. marcialveseduardosilva@hotmail.com

³ Centro Universitário Maurício de Nassau. <https://orcid.org/0000-0002-2039-2668>. taciaanalinemaciell1986@gmail.com

⁴ Centro Universitário Maurício de Nassau. <https://orcid.org/0000-0003-0975-1014>. anapatricia03@gmail.com

⁵ Fisioterapeuta do Hospital Alfa, Recife, PE. <https://orcid.org/0000-0002-5218-5612>. danusablina2@gmail.com

⁶ Fisioterapeuta do Hospital Nossa Senhora do Ó, Paulista, PE. <https://orcid.org/0000-0003-2050-2991>. kaqueiroz@gmail.com

⁷ Centro Universitário Maurício de Nassau. <https://orcid.org/0000-0002-1393-4617>. cristinadp_82@hotmail.com

RESUMO

Este estudo teve como objetivo apresentar os benefícios da utilização da técnica de terapia manual e eletroterapia no tratamento das disfunções temporomandibulares. Foi realizada uma revisão integrativa da literatura com estudos publicados entre os anos de 2014 e 2019, escritos em português e inglês. As bases de dados foram: MEDLINE - PubMed, LILACS, SciELO e PEDro. Dentre os 305 artigos selecionados, 10 estudos atenderam aos requisitos utilizados para informações relevantes. A terapia manual teve uma função essencial para o tratamento da DTM, pois é eficaz, não invasiva e de baixo custo. Recursos de eletroterapia como ultrassom, laser, corrente catódica também foram amplamente utilizados, pois reduzem a dor, melhoram a mobilidade e equilibram a ATM. Entretanto, o laser quando usado isoladamente não influenciou no tratamento. A termoterapia e a cinesioterapia também tiveram um efeito significativo na melhora da dor nas articulações e da mobilidade. Porém, a estimulação transcraniana não promoveu mudanças no quadro clínico dos pacientes. A fisioterapia colabora para reduzir os sintomas de DTM, estimula a propriocepção e a produção de líquido sinovial na articulação, melhorando a elasticidade das fibras musculares inseridas. Ressalta-se que o uso técnico da terapia manual associada a outras técnicas de eletroterapia traz vários benefícios de longo prazo para esses pacientes.

Palavras-chave: Síndrome da Disfunção da Articulação Temporomandibular. Terapia por Estimulação Elétrica. Manipulações Musculoesqueléticas.

ABSTRACT

This study aimed to present the benefits of using the technique of manual therapy and electrotherapy in the treatment of temporomandibular disorders. An integrative literature review was carried out with studies published between the years 2014 and 2019, written in portuguese and in english. The databases were: MEDLINE - PubMed, LILACS, SciELO and PEDro. Among the 305 articles selected, 10 studies met the requirements used for relevant information. Manual therapy had an essential function for the treatment of TMD, as it is efficient, non-invasive and of low cost. Electrotherapy resources such as ultrasound, laser, cathodic current were also widely used, since they reduce pain, improve mobility and balance the TMJ. Meantime, the laser when used in isolation had no influence on the treatment. Thermotherapy and kinesiotherapy also had a significant effect on improving joint pain and mobility. However, transcranial stimulation did not promote changes in the patients' clinical condition. Physical therapy collaborates to reduce TMD symptoms, stimulates proprioception and production of synovial fluid in the joint, improving the elasticity of the attached muscle fibers. It is emphasized that the technical use of manual therapy associated with other electrotherapy techniques has several long-term benefits for these patients.

Keywords: Temporomandibular Joint Dysfunction Syndrome. Electrical Stimulation Therapy. Musculoskeletal Manipulations.

1 INTRODUÇÃO

De acordo com Okeson JP. (2000), autor do livro Tratamento das desordens temporomandibulares e oclusão, em média, 50 a 60 % da população apresenta algum sinal ou sintoma de Disfunção Temporomandibular (DTM). Gerando sintomas, como: dores musculares, articulares, de ouvido, de cabeça, cervical e facial, movimentos mandibulares bem limitados, ruídos na articulação temporomandibular (ATM), sensações incomuns na oclusão e na cavidade oral, alterações na audição, equilíbrio, dentre outros. O que acomete primordialmente a qualidade de vida desses indivíduos, dificultando a realização de tarefas simples do dia a dia como: na mastigação, no ato de bocejar, no ato falar, em dormir e outros.

Diante dessa problemática foi verificada uma escassez de estudos que comprovem a eficácia de diversos recursos fisioterapêuticos que podem ser utilizados no tratamento da DTM. Logo, este presente estudo tem como objetivo apresentar, por meio de uma revisão integrativa da literatura, realizada através de estudos com os anos de publicações entre os anos de 2014 e 2019, os benefícios da utilização da técnica de terapia manual e da eletroterapia no tratamento das disfunções temporomandibulares.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

A DTM tem como definição uma série de disfunções que afetam a ATM, os músculos mastigatórios e também outras estruturas relacionadas, além de gerar mudanças no comportamento, no estado emocional e nas interações sociais (PELICIOLI *et al.*, 2017; MELCHIOR; MAGRI; MAZZETTO, 2018). Segundo Damasceno e Barbieri (2015), a ATM é responsável pela abertura da boca e existe nos dois lados do nosso rosto.

A DTM pode ser originada por vários motivos, como por exemplo fatores psicológicos e psicossociais, incluindo o transtorno de estresse, doença psiquiátrica (ansiedade e depressão), transtornos somáticos, distúrbios de personalidade, características de enfrentamento e hipocondria (LEMOS *et al.*, 2015). Ferreira et al (2015) afirmam que essas disfunções são a causa de vários sintomas, relacionados tanto com manifestações de dor ou com incoordenações musculares, que acabam provocando desequilíbrios tanto na ATM como na musculatura adjacente.

Conforme Damasceno e Barbieri (2015), os recursos de terapia manual são de fácil realização, possuem baixo custo por não necessitarem de equipamentos específicos, e além de tudo, são bastante eficazes. Os recursos de eletroterapia como corrente

catódica, laser e ultrassom também são bastante utilizados, pois propiciam redução do quadro algico, conseqüentemente, se produz um ganho na amplitude de movimento (ADM), o que irá interferir de maneira positiva na qualidade de vida dos pacientes (PRIEBE *et al.*, 2015; PELICIOLO *et al.*, 2017).

O fisioterapeuta tem um papel fundamental no programa de tratamento desses pacientes, promovendo redução nos sintomas da DTM, estimula a propriocepção e produção de líquido sinovial na articulação e também melhora a elasticidade das fibras musculares aderidas. Porém, é necessária uma ação conjunta de uma equipe multiprofissional e interdisciplinar, para se obter um tratamento mais eficiente, já que se trata de uma disfunção de origem multifatorial (DAMASCENO; BARBIERI, 2015; PRIEBE *et al.*, 2015).

3 METODOLOGIA

A técnica metodológica utilizada para a realização desse estudo foi uma revisão integrativa da literatura, onde foram utilizadas as seguintes bases de dados: *National Library of Medicine* (MEDLINE-PubMed), *Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciência da Saúde* (LILACS), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e *Physiotherapy Evidence Database* (PEDro), com os anos de publicações entre 2014 e 2019, nos idiomas português e inglês.

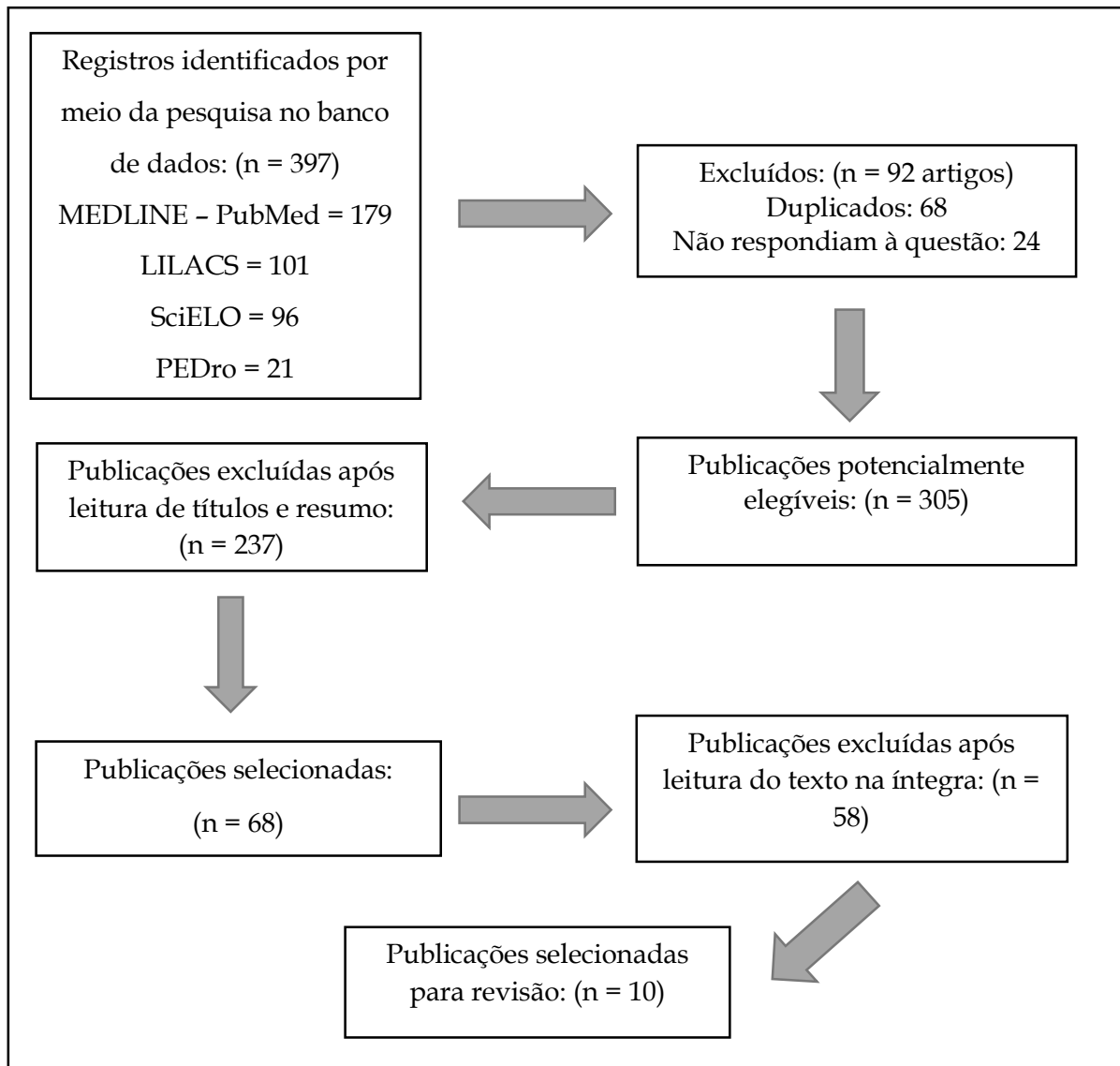
As palavras-chave utilizadas na pesquisa no idioma português foram: Síndrome da Disfunção da Articulação Temporomandibular, Terapia por Estimulação Elétrica, Manipulações Musculoesqueléticas e as respectivas no idioma inglês: *Temporomandibular Joint Dysfunction Syndrome AND Electrical Stimulation Therapy AND Musculoskeletal Manipulations*. As buscas foram realizadas de agosto a setembro de 2020.

Para a pesquisa, inicialmente, foram lidos cada título e resumo, sendo selecionados 305 artigos nos bancos de dados. Selecionado por elegibilidade, estudos publicados entre os anos de 2014 e 2019, que referenciavam a intervenção da fisioterapia na DTM, que incluíam terapia manual, ultrassom, estimulação elétrica nervosa transcutânea sensitiva e motora (TENS), ondas curtas, laser e/ou mobilização articular.

De acordo com os critérios de exclusão, foram descartados 295 artigos, pois os textos completos não estavam disponíveis e o tema não se encaixava na estratégia proposta. Sendo assim, restaram 10 artigos que cumpriam os requisitos empregados às informações de relevâncias tais como: título do artigo, ano de publicação, base de dados, objetivo, metodologia, resultados e conclusões.

O Fluxograma 1 apresenta o número de artigos selecionados em cada base de dados para se chegar à amostra final.

Fluxograma 1. Identificação e seleção dos artigos para revisão integrativa.



Fonte: os autores.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

No processo de busca nas bases de dados foram identificados 305 trabalhos. No entanto, na presente revisão integrativa, analisou-se 10 artigos que atenderam aos critérios de inclusão previamente estabelecidos. Os dez artigos que constituem a amostra final desta revisão foram lidos na íntegra, analisados quanto aos aspectos metodológicos e abordagem da temática levantada, e catalogados no quadro a seguir.

Quadro 1. Análise dos artigos segundo autor/ ano, título, tipo de estudo/ amostra, objetivo, recurso fisioterapêutico e resultados principais.

AUTOR/ ANO	TÍTULO	TIPO DE ESTUDO/ AMOSTRA	OBJETIVO	RECURSO TERAPÊUTICO	RESULTADOS
Damasce no; Barbieri (2014)	O tratamento fisioterapêutico nas disfunções da articulação temporomandibular : Uma revisão integrativa	Revião integrativa com 5 artigos de ensaio clínico com pelo menos 10 pacientes, 4 estudos de caso, e 6 revisões de literatura.	Demonstrar quais os recursos fisioterapêuticos que podem ser usados no tratamento de pacientes com DTM.	Terapia manual como: relaxamento miofascial, mobilização articular e massoterapia. Eletroterapia como: TENS, ondas curtas, ultrassom e laser	A fisioterapia deve ser realizada o mais rápido possível, a fim de minimizar complicações. A eletroterapia e a terapia manual foram técnicas utilizadas durante o tratamento da DTM, porém, a técnica de terapia manual demonstra sua eficácia e tem a vantagem de ser mais fácil de ser realizada, por apresentar baixo custo.
Navrátil <i>et al.</i> , (2014)	Comprehensive treatment of temporomandibular joint disorders	Ensaio Clínico com 24 pacientes sendo 4 homens (idade média 25.67 ± 12.52 anos) e 20 mulheres (idade média 26.56 ± 13.30 anos)	Avaliar os benefícios da fisioterapia e verificar a redução das alterações temporomandibulares.	Exercícios de relaxamento, mobilização, distração e automobilização, relaxamento da musculatura mandibular, realização dos exercícios em casa. Métodos complementares: pulsos magnéticos, laserterapia não invasiva, termoterapia, orientação sobre DTMs e hábitos parafuncionais. Protocolo com 10	A terapia, em longo prazo, é importante, englobando fisioterapia e métodos complementares. Quanto aos métodos invasivos, a combinação de pulso magnético com laser se mostrou benéfica. (P<0.0001)

				sessões em intervalos de 7 a 14 dias.	
Ucar <i>et al.</i> , (2014)	Effectiveness of a home exercise program in combination with ultrasound therapy for temporomandibular joint disorders	Ensaio clínico com 23 pacientes do sexo feminino e 15 do sexo masculino. Foram divididos dois grupos: Grupo HE (n=18, com média de idade 29 ± 10 anos); Grupo HE + US (n=20, com média de idade 27 ± 11 anos).	Comparar a eficácia do exercício isolado e combinado com ultrassom para redução da dor à palpação e durante a abertura oral	O grupo HE envolveu a educação do paciente e terapia com exercícios consiste em exercícios lentos ativos e passivos de abertura e fechamento da boca, exercícios isométricos da boca, exercícios de alongamento da boca, e exercícios bucais resistivos, com cada exercício a ser realizado por 6 segundos com 10 repetições. Os pacientes HE + US receberam US (3 minutos, 0,8-1 Watt / cm ²) na região da ATM, em cinco sessões por semana durante 4 semanas, além do programa HE.	A combinação de exercícios em casa e ultrassom parece ser mais eficaz em proporcionar o alívio da dor e o aumento da abertura oral. (p <0,05)
Ferreira <i>et al.</i> , (2015)	Tratamento fisioterapêutico nas disfunções temporomandibulares.	Estudo do tipo experimental, longitudinal e quantitativo, do tipo transversal analítico com 20 pacientes	Avaliar a laserterapia e a terapia manual no tratamento das disfunções temporomandibulares.	G1- técnica de tratamento: liberação miofascial, desativação de ponto gatilho e	O tratamento de G1 com terapia manual e o G2 com terapia manual e laser foram eficientes, porém, o laser sozinho não obteve influência

		divididos em dois grupo: G1 (n=10, 7 eram do sexo feminino e 3 do sexo masculino, média de idade igual a 33,4 anos (\pm 11,4) e G2 (n=10, 8 eram do sexo feminino e 2 do sexo masculino, média de idade igual a 34,0 anos (\pm 10,7).		pompagem cervical. G2 - mesmas técnicas, porém, acrescentando o laser de baixa potencia, com aplicação pontual. Os participantes de cada grupo foram submetidos ao tratamento com duração de 30 minutos para cada sessão, totalizando 10 sessões, receberam atendimento três vezes por semana, por quatro semanas consecutivas, sendo que na quarta semana só teve uma sessão, cada um em sua modalidade	para potencializar o tratamento.
Oliveira <i>et al.</i> , (2015)	Transcranial direct current stimulation and exercises for treatment of chronic temporomandibular disorders: a blind randomised-controlled trial	Estudo clínico randomizado duplo-cego com 32 pacientes adultos jovens com média de idade de 24,7 \pm 6,8 anos de ambos sexos.	Avaliar o efeito da estimulação transcraniana por corrente contínua (ETCC) nos exercícios para DTM e dor crônica.	Foram realizadas quatro semanas de exercícios, por cinco dias consecutivos na primeira semana - 15 minutos seguidos de 20 minutos de estimulação transcraniana. Posteriormente, os pacientes realizaram sessões	Houve redução do limiar de dor à pressão e melhora na qualidade de vida em ambos os grupos, porém, não houve diferença no acréscimo da ETCC na terapia (P <0,05).

				terapêuticas duas vezes por semana, durante três semanas, apenas com exercícios e estimulação. Os exercícios envolveram a região cervical e a face, abertura oral, movimentos de lateralidade e protrusão mandibular, contração de masseter e manipulação manual para cervical e ATM.	
Priebi <i>et al.</i> , (2015)	Stability of physical therapy effects on temporomandibular disorder	Ensaio clínico com 25 pacientes (20 mulheres e 5 homens, com idade média de 31,6 ± 12,21 anos.	Avaliar a estabilidade dos efeitos terapêuticos de um programa de fisioterapia multimodal, comparando os sinais e sintomas da DTM.	Osteopatia, terapia manual cervical e orofacial e técnicas de relaxamento. Pacientes foram submetidos a 10 sessões semanais com duração de 45 minutos cada.	O tratamento com a fisioterapia na DTM mostrou-se duradouro e eficiente em pacientes com a disfunção. Atribuindo-se a melhora do equilíbrio muscular, e com sobrecarga reduzida na articulação beneficiada, 76% apresentaram ausência de diagnóstico de disfunção temporomandibular logo após o tratamento e destes, 68% mantiveram esse resultado no

					follow-up de dois meses. Quanto aos ruídos articulares, 60% dos participantes permaneceram sem ruídos e os valores de limiar de dor à pressão não apresentaram diferença estatisticamente significativa entre as avaliações.
Viana <i>et al.</i> , (2016)	Effect of a physical therapy protocol on the health related quality of life of patients with temporomandibular disorder	Ensaio clínico cego e prospectivo com 60 pacientes de ambos os sexos, idade entre 18 e 70 anos.	Avaliar efeitos de um protocolo Fisioterapêutico na qualidade de vida de pacientes com disfunção temporomandibular.	Aplicações de ultrassom, mobilização articular, pompage e cinesioterapia. G1- Consistia no tratamento odontológico semanal, por 5 semanas, com ajustes oclusais e preparação de placas de mio-relaxamento; G2- Realizou duas sessões por semana, totalizando 10 sessões, de fisioterapia com duração de 50 minutos cada, com a aplicação do ultrassom em cada articulação temporomandibular	Nos pacientes em que foi aplicado o protocolo fisioterapêutico associado ao acompanhamento odontológico apresentaram escores mais elevados em todos os domínios do questionário. No grupo que recebeu apenas acompanhamento odontológico, verificou-se melhora apenas no domínio relacionado a dor ($p = 0,04$).

				ar separadamente, usando parâmetros de manuseio contínuo, frequência de 3 MHz, intensidade de 0,6 W / cm ² , por 3 minutos	
Pelicioli <i>et al.</i> , (2017)	Tratamento fisioterapêutico nas desordens temporomandibulares	Revisão sistemática com 11 artigos de ensaios randomizados e relatos de casos, com ambos os sexos	Sistematizar evidências científicas sobre técnicas de tratamento fisioterapêutico para as desordens temporomandibulares	Laser, ultrassom, corrente catódica, terapia manual como: massoterapia, alongamento muscular, mobilizações articulares e exercício para estabilização cervical.	A fisioterapia é eficaz e melhora a função física de indivíduos com DTM. Diversos recursos como ultrassom, laser, corrente catódica ou terapias manuais, como alongamento muscular e mobilização articular, trazem benefícios notáveis.
Brochado <i>et al.</i> , (2018)	Comparative effectiveness of photobiomodulation and manual therapy alone or combined in TMD patients: a randomized clinical trial.	Ensaio clínico randomizado controlado com 51 pacientes de ambos os sexos, com idades acima de 21 anos.	Comparar a efetividade do laser e da terapia manual, sozinhos ou combinados, no tratamento da dor, restrição de movimentos, distúrbios psicossociais e sintomas ansiosos de DTM.	Laser e terapia manual e a combinação de ambas, foram divididos 3 grupos de forma aleatória, houve 12 sessões. G1 com 18 pacientes: Fez Fotomodulação (com 808 nm, 100 mW, 13,3 J / cm ² e 4 J por ponto); G2 com 16 Pacientes fez Terapia Manual (por 21 minutos	Todos os grupos demonstraram reduções na dor e melhora nos movimentos da mandíbula durante o tratamento e em acompanhamento (p<0,001), porém, em ambos os grupos de tratamento não houve modificação na intensidade da doença crônica dor (p> 0,05).

				cada sessão nos músculos mastigatórios e ATM); G3 com 17 pacientes: Terapia manual + Fotomodulação.	
Silva e Soares, (2018)	Análise da abordagem fisioterapêutica no tratamento da disfunção temporomandibular: revisão integrativa	Revisão Integrativa com 7 ensaios clínicos com amostras entre 10 e 60 pacientes de ambos os sexos.	Analisar a abordagem fisioterapêutica no tratamento da disfunção temporomandibular, descrevendo os objetivos e resultados das técnicas e recursos utilizados.	Eletroterapia (TENS, ultrassom), termoterapia e terapia manuais.	O tratamento fisioterapêutico proporciona alívio mais rápido em pacientes com DTM, e melhora da qualidade de vida.

DTM: Distúrbio Temporomandibular; **TENS:** Neuroestimulação Elétrica Transcutânea; **ATM:** Articulação Temporomandibular; **G1:** Grupo 1; **G2:** Grupo 2; **G3:** Grupo 3; **ETCC:** Estimulação Transcraniana por Corrente Contínua; **HE:** Exercícios em Casa; **HE+US:** Exercícios em Casa Associado ao Ultrassom.

Segundo uma revisão integrativa elaborada por Silva e Soares (2018), a combinação da eletroterapia, termoterapia e cinesioterapia tem um efeito significativo na melhora da dor e mobilidade articular. Ferreira et al. (2015) compararam em seu estudo a terapia manual e a laserterapia, nos dois grupos avaliados ambas as técnicas foram essenciais para o tratamento da DTM, sendo que a técnica de terapia manual é eficiente, não invasiva e de baixo custo, já o laser, utilizado de forma isolada, não obteve influência para intensificar o tratamento.

Seguindo o mesmo raciocínio, Damasceno et al. (2014) também explicam que os recursos de terapia manual têm sua eficácia e ainda apresentam vantagens de ser de fácil utilização e também de não possuir grandes custos. Brochado et al. (2018) verificaram que todas as técnicas experimentadas em seu trabalho foram capazes de minimizar a dor e melhorar os movimentos mandibulares, e ainda mostraram que o tratamento melhora a capacidade funcional, porém, a combinação do laser e a terapia manual não proporcionou um aumento no efeito das terapias quando realizada separadamente.

Para Pelicioli et al. (2017), a fisioterapia melhora a qualidade física de pacientes com DTM, mas afirmam que muitos métodos como a ultrassom, laser, corrente catódica, terapia manual e mobilização articular apresentam benefícios importantes, pois reduzem a dor, melhora a mobilidade e dá equilíbrio à ATM. No seu estudo com 25 participantes, Priebi et al. (2015), obtiveram resultados positivos com o uso do programa de fisioterapia multimodal, no item tratamento com efeito duradouro, mas não havendo alteração no diagnóstico e na sintomatologia.

Quanto aos resultados observados por Navrátil et al. (2014), o uso da terapia programada a longo prazo traria um grande benefício para os pacientes, com a utilização da fisioterapia e métodos complementares. Ainda em seu estudo, ao comparar os métodos invasivos com a combinação de pulso magnético, a técnica laser se mostrou benéfica. Resultados obtidos por Oliveira et al. (2015) citam que não houve diferença nas técnicas de estimulação transcraniana utilizada por quatro semanas, sendo a primeira no estudo em relação às sessões terapêuticas iniciadas posteriormente no período de três semanas.

A casuística usada por Ucar et al. (2014), separa os grupos e no período de quatro semanas um grupo adotou exercícios em casa, diferente dos outros participantes do estudo, que foram submetidos à aplicação do ultrassom contínuo ao mesmo tempo. Em estudos distintos de Silva e Soares (2018) e Viana et al. (2016), verifica-se que o tratamento fisioterápico melhora a qualidade de vida dos pacientes, através de recursos elétricos, térmicos e manuais.

Desta forma, constatou-se que a utilização da combinação das duas técnicas parece ser mais eficaz no alívio da dor segundo os participantes, quando avaliados no item que se refere ao aumento da abertura oral.

Podemos destacar como limitações desta revisão integrativa da literatura: a) A escassez de estudos que abordavam o tema em específico; b) Alguns estudos não delimitaram muito bem seus desfechos; c) Falta de definição de um protocolo para cada idade em específico. Dessa forma, sugere-se a realização de outros estudos que utilizem melhor qualidade metodológica, controle de vieses e que explorem de forma mais clara como tais técnicas podem ser benéficas em indivíduos com distúrbios temporomandibulares.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Disfunções na ATM podem restringir a execução das AVD's, por conseguinte, causar prejuízo na qualidade de vida em geral. A terapia manual, que já existe há centenas de anos, já foi comprovada como um tratamento que traz muitos benefícios

a pacientes com DTM pois, é de fácil realização, possui baixo custo, não necessita de equipamentos específicos, e além de tudo, é bastante eficaz.

Os recursos de eletroterapia como ultrassom, laser, TENS, corrente catódica também são bastante utilizados, pois propiciam redução do quadro algico, melhoram a mobilidade e dão equilíbrio à ATM, conseqüentemente, promove um aumento de amplitude de movimento, desta forma irá intervir de maneira positiva na qualidade de vida dos pacientes. Porém, o laser não obteve pertinência para acentuar o tratamento, ao ser utilizado de forma isolada.

A termoterapia e cinesioterapia também possuem um efeito significativo na melhora da dor e mobilidade articular. Em relação à estimulação transcraniana, não se obteve mudança no tratamento dos pacientes com DTM. A fisioterapia colabora para redução dos sintomas da DTM, estimula a propriocepção e produção de líquido sinovial na articulação e também melhora a elasticidade das fibras musculares aderidas. Enfatiza-se que a utilização técnica de terapia manual associada a outras técnicas de eletroterapia traz vários benefícios a longo prazo para esses pacientes.

REFERÊNCIAS

- BROCHADO, F. T. et al. Comparative effectiveness of photobiomodulation and manual therapy alone or combined in TMD patients: a randomized clinical trial. **Braz. Oral Res.** São Paulo. vol. 32, 2018.
- DAMASCENO, F. M.; BARBIERI, L. G. O tratamento fisioterapêutico nas disfunções da articulação temporomandibular: uma revisão integrativa. **Formar Interdisciplinar.** Sobral. v.1, n.5, p.03-15, jul-dez. 2014.
- FERREIRA, J. B. et al. Tratamento fisioterapêutico nas disfunções temporomandibulares. **InterScientia.** João Pessoa. v.3, n.1, p.123-146, jan./jun. 2015.
- LEMONS, G. A. et al. Prevalência de disfunção temporomandibular e associação com fatores psicológicos em estudantes de Odontologia. **Rev Cubana Estomatol.** Ciudad de La Habana. vol.52, n.4, oct.-dic. 2015.
- MELCHIOR, M. O.; MAGRI, L. V.; MAZZETTO, M. O. Orofacial myofunctional disorder, a possible complicating factor in the management of painful temporomandibular disorder. Case report. **Br J Pain.** São Paulo. vol. 1, n.1, p.80-6, jan-mar, 2018.
- NAVRÁTIL, L. et al. Comprehensive treatment of temporomandibular joint disorders. **The Journal of Craniomandibular & Sleep Practice.** vol. 32 n. 1, 2014.
- OKESON JP. Tratamento das desordens temporomandibulares e oclusão. 4.ed. São Paulo: **Artes Médicas;** 2000.
- OLIVEIRA, L. B. et al. Transcranial direct current stimulation and exercises for treatment of chronic temporomandibular disorders: a blind randomised-controlled trial. **Journal of Oral Rehabilitation.** Vol. 42, n.10, 2015.

PELICIOLI, M. et al. Physiotherapeutic treatment in temporomandibular disorders. **Rev Dor**. São Paulo. vol. 18, n.4, p:355-61, out-dez 2017.

PRIEBE, M; ANTUNES, A. G. F.; CORRÊA, E. C.R. Stability of physical therapy effects on temporomandibular disorder. **Rev Dor**. São Paulo. vol.16, n.1, p.6-9, jan-mar, 2015

SILVA, H. B.; SOARES, J. L. Análise da abordagem fisioterapêutica no tratamento da disfunção temporomandibular: revisão integrativa. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**. vol.Sup.19, dez 2018.

UCAR, M. et al. Effectiveness of a Home Exercise Program in Combination with Ultrasound Therapy for Temporomandibular Joint Disorders. **J Phys Ther Sci**. vol. 26, n.12, p. 1847-1849, 2014.

VIANA, M. O. et al. Effect of a physical therapy protocol on the health related quality of life of patients with temporomandibular disorder. **Fisioter. mov**. Curitiba. vol.29, n.3, july/sept. 2016.

ÍNDICE REMISSIVO

A

Assistência 14, 16, 18, 19, 20, 23, 27, 28, 29, 30, 31, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 46, 74, 75, 76, 77, 80, 82, 84, 98, 101, 104, 108, 109, 111, 112, 113, 119, 120, 122, 125, 128, 129, 130, 144, 145, 146, 147, 153, 154

Atenção 17, 22, 28, 29, 33, 71, 107, 110, 111, 114, 115, 154, 158, 159, 161, 162

Atendimento 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 23, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 46, 59, 77, 109, 111, 112, 113, 115, 141, 145, 146, 151

C

Ciências 4, 11, 20, 23, 33, 59, 119, 137, 162

Cirurgia 43, 44, 99, 100, 104, 105, 121, 125, 128, 129, 130, 131, 132, 133, 134, 135, 136, 137, 141, 143, 144, 146

Controle 29, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 44, 45, 46, 47, 50, 83, 100, 104, 112, 120, 121, 122, 154, 177

Cuidados 18, 19, 29, 37, 40, 41, 45, 46, 50, 53, 57, 74, 75, 76, 77, 78, 80, 81, 82, 83, 84, 88, 89, 90, 94, 95, 100, 101, 105, 109, 112, 113, 120, 121, 151

E

Emergência 14, 15, 18, 20, 27, 28, 29, 32, 33, 107

Enfermagem 14, 19, 21, 22, 23, 26, 29, 30, 31, 32, 33, 36, 37, 38, 40, 41, 45, 46, 47, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 82, 83, 84, 85, 86, 95, 96, 98, 100, 101, 104, 105, 108, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 120, 125, 126, 129, 132, 135, 136, 137, 140, 141, 144, 146, 147, 148, 159

Envelhecimento 51, 53, 54, 56, 59, 144, 150, 151, 153, 160, 162

Estresse 31, 44, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 147, 148, 167

Exercícios 176

F

Fins 5

H

Hipotermia 8, 97, 99, 101, 103, 105

Hospitalar 7, 25, 27, 29, 31, 33

I

Infecção 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 47, 48, 81, 98, 100, 105, 137, 152, 154, 156, 159

P

Paciente 14, 15, 16, 17, 18, 19, 21, 26, 29, 31, 32, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 46, 47, 78, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 115, 119, 121, 122, 125, 128, 129, 130, 131, 132, 133, 134, 135, 136, 137, 144, 145, 146

Pesquisas 11, 38, 47, 84, 88, 160

Pressão 40, 53, 74, 75, 76, 77, 78, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86

Prevenção 27, 36, 38, 39, 41, 42, 44, 45, 46, 47, 55, 74, 75, 76, 77, 78, 82, 83, 84, 85, 86, 88, 91, 94, 95, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 121, 146, 151, 152, 153, 154, 156, 160, 162

Profissional 14, 15, 16, 19, 20, 21, 26, 29, 31, 32, 36, 43, 44, 45, 50, 51, 52, 56, 58, 59, 76, 108, 111, 115, 120, 129, 131, 132, 136, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 147, 148, 150, 157, 159

S

Saúde 3, 9, 22, 24, 37, 71, 75, 85, 95, 96, 149, 151, 153, 155, 157, 159, 161, 163

Síndrome 8, 139, 141, 143, 145, 147

T

Temperatura 92, 94, 95, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 104

Tratamento 16, 21, 38, 46, 63, 64, 75, 78, 81, 82, 83, 84, 85, 92, 100, 104, 109, 110, 113, 121, 124, 144, 145, 166, 167, 168, 176, 177, 178, 179

U

Úlcera 7, 73, 75, 77, 79, 81, 83, 85

Urgência 7, 25, 27, 29, 31, 33

V

Vida 11, 14, 21, 28, 31, 45, 51, 54, 56, 58, 59, 69, 75, 76, 89, 91, 92, 94, 99, 129, 141, 144, 146, 147, 148, 150, 151, 153, 154, 158, 159, 162, 163, 167, 168, 177, 178



VOLUME 4

**PESQUISAS EM TEMAS
PESQUISAS EM TEMAS
DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**

VOLUME 4

**PESQUISAS EM TEMAS
DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**

