

Nursing

edição brasileira

Mala Direta Básica
CNPJ 18.590.546/0001-05
DR/SPM/SP
Cliente
MPM COMUNICAÇÃO LTDA
Correios



www.revistanursing.com.br

ANO 21 • EDIÇÃO 245
OUTUBRO 2018

ARTIGOS

Conhecimento dos enfermeiros da estratégia saúde da família acerca da cardiomiopatia periparto

Estratégias de interação com o paciente com diagnóstico de Comunicação Verbal Prejudicada em Unidade de Terapia Intensiva

Autocuidado dos pacientes com diabetes mellitus tipo 2 em seguimento ambulatorial

Atendimentos às urgências e emergências na estratégia saúde da família: a percepção dos enfermeiros

Fortalecimento e desgaste da saúde de jovens que trabalham e estudam



Espiritualidade, enfermagem e saúde do idoso: cuidando da integralidade do Ser



**10º CONGRESSO
BRASILEIRO NURSING**
Fique por dentro do que
aconteceu no Evento!



ENFERMAGEM SÃO CAMILO

CURSO TÉCNICO | GRADUAÇÃO

PÓS-GRADUAÇÃO LATO SENSU

- Auditoria em Enfermagem
- Enfermagem do Trabalho
- Enfermagem em Centro Cirúrgico, Centro de Material e Esterilização e Recuperação Anestésica
- Enfermagem em Emergência Adulto e Pediátrica
- Enfermagem em Estomaterapia
- Enfermagem em Terapia Intensiva Adulto
- Enfermagem Obstétrica
- Enfermagem Pediátrica em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e Centro Cirúrgico (CC)
- Gerenciamento e Liderança em Enfermagem

PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU

- Mestrado Profissional em Enfermagem

saocamilo-sp.br | 0300 017 8585

   YouTube | saocamilosp



CENTRO UNIVERSITÁRIO
SÃO CAMILO

Revista Científica de Enfermagem

EDITORA CIENTÍFICA

MPM Comunicação

EDITORA EXECUTIVA

Maria Aparecida dos Santos

ENVIO DE ARTIGOS

artigo@mpmcomunicacao.com.br ou

www.revistanursing.com.br/publique-seu-artigo

ASSINATURAS

assinaturas@mpmcomunicacao.com.br

PUBLICIDADE

maria.aparecida@mpmcomunicacao.com.br

PAUTA

artigo@mpmcomunicacao.com.br

A edição brasileira da **Revista Nursing**, criada em julho de 1998 e atualmente publicada pela editora MPM Comunicação Ltda., é uma publicação mensal destinada à divulgação de conhecimento científico na área da Enfermagem. Tem como finalidade contribuir com a construção do saber dos profissionais deste campo por meio de divulgação de conteúdos científicos.

www.revistanursing.com.br

INDEXAÇÃO: Banco de Dados de Enfermagem:

Lilacs, Bdenf, Cuiden, Cabi e Global Health

ENDEREÇOS

Editora MPM Comunicação

Av. Dr. Yojiro Takaoka, 4384, Sala 705, Conjunto 5209 - Alphaville - Santana do Parnaíba - CEP: 06541-038

Periodicidade: mensal | **Tiragem:** 20 mil exemplares

Impresso no Brasil por: Brasilform Ltda / Ano 21 / R\$880,00

O número no qual se inicia a assinatura corresponde ao mês seguinte ao do recebimento do pedido de assinatura em nossos escritórios.

Acesse: www.revistanursing.com.br



Conselho Científico da Edição Brasileira

Prof.ª Dra. Ana Lúcia Queiroz Bezerra

Professora associada da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul/UFMS. Pós-doutorado em Enfermagem

Prof.ª Dra. Ana Cláudia Puggina

Universidade de Guarulhos

Prof. Dr. David Lopes Neto

Professor Associado da Escola de Enfermagem de Manaus (UFAM). Doutor em Enfermagem pela UFC. Pós-Doutor em Enfermagem pela UFS.

Prof.ª Dra. Dorisdaia Carvalho de Humerez

Prof.ª Adjunta Doutora da UNIFESP (1986-2000). Conselheira Federal do Conselho Federal de Enfermagem (2015-2018). Doutorado em Enfermagem pela USP. Atuação na área de Saúde Mental e Educação Superior

Prof.ª Dra. Isabel Cristina Kowal Olm Cunha

Professora Livre Docente Associada do Departamento de Administração e Saúde Coletiva da Escola Paulista de Enfermagem da Unifesp. Graduação pela Faculdade Adventista de Enfermagem. Especialização em Administração Hospitalar. Mestrado em Enfermagem e Doutorado em Saúde Pública pela USP

Prof. Dra. Leise Rodrigues Carijó Machado

Possui graduação em Enfermagem. Mestrado e Doutorado em Enfermagem na Saúde do Adulto EE-USP. Especialização em Educação para formação de profissionais da saúde de nível superior sob metodologias ativas - FIOCRUZ; Especialização em Sexualidade: terapia e educação – FAMERP; Especialização em Docência em Saúde –UFRGS; Aperfeiçoamento em Bioética e Pesquisa com Seres Humanos - FIOCRUZ. É docente do Curso de Enfermagem e Medicina do Centro Universitário de Votuporanga - UNIFEV.

Prof.ª Dra. Luciane Lúcio Pereira

Enfermeira especializada em Administração Hospitalar e de Sistemas de Saúde pela Fundação Getúlio Vargas de São Paulo, Mestrado em Enfermagem pela Universidade de São Paulo e Doutorado em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Pró-reitora de Pós-Graduação, Pesquisa e Extensão da Universidade de Santo Amaro, docente do Programa de Mestrado em Ciências da Saúde da Universidade de Santo Amaro, docente colaboradora da Universidade Católica Portuguesa.

Dra. Luiza Watanabe Dal ben

Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Brasil(2005) Atua desde 1992 na área de assistência domiciliar.

Prof.ª Dra. Margarida Maria da Silva Vieira

Professora associada e diretora regional do Instituto de Ciências da Saúde (Porto) da Universidade Católica Portuguesa. Especialista em Enfermagem Pediátrica. Mestre em Ciências de Enfermagem. Doutora em Filosofia

Prof.ª Dra. Maria Aparecida Munhoz Gaiva

Professora do Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal de Mato Grosso. Doutora em Enfermagem em Saúde Pública pela EERP e pós-doutorado pela escola de Enfermagem da USP

Prof.ª Marluce Maria Araújo Assis

Professora Titular do Departamento de Saúde da Universidade Estadual de Feira de Santana. Doutorado em Enfermagem. Pós-doutorado em Saúde Pública na Escuela Andaluza de Salud Pública em Granada, Espanha

Prof.ª Dra. Mirna Frota

Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará. Pós-doutorado no Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia. Professora titular na Universidade de Fortaleza na graduação em Enfermagem e Pós-graduação em Saúde Coletiva

Prof.ª Dra. Sandra Cristine da Silva

Gerente de Qualidade do Hospital SÍrio Libanês

Prof.ª Sandra Arantes

Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

Prof. Dr. Sérgio Luis Alves de Moraes Júnior

Doutorado em Biotecnologia. Mestrado em Reabilitação. Especializações em Urgência e Emergência, U.T.I e Saúde Pública. Graduação em Enfermagem. Professor nas universidades Anhanguera de São Paulo e Nove de Julho (UNINOVE) nos cursos de graduação e pós-graduação.

Prof. Dr. Sérgio Henrique Simonetti

Doutor em Ciências pelo Programa de Pós-Graduação Inter unidades de Doutoramento em Enfermagem EEU-SP-EERP-USP. MBA Executivo em Administração: Gestão de Saúde - Fundação Getúlio Vargas – FGV. Especialização em andamento em Educação e Tecnologia. Especialização em Gestão Pública. Especialização em Informática em Saúde. Residência em Enfermagem Cardiovascular pelo Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia. Coordenador da Unidade Várzea do Camo - Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia, em ambulatório de exames cardiológicos não invasivos.

O conselho da revista Nursing é independente, não apresentando, desta forma, conflitos de interesse de nenhuma espécie com o conhecimento científico veiculado.

Crédito das fotos de capa:

Imagens ilustrativas: CanStockPhoto

Propriedades e direitos

Direitos de autor: todos os artigos, desenhos e fotografias estão sob a proteção do Código de Direitos de Autor e não podem ser total ou parcialmente reproduzidos sem permissão prévia, por escrito, da empresa editora da revista. A Nursing envidará todos os esforços para que o material mantenha total fidelidade ao original, pelo que não pode ser responsabilizada por erros gráficos surgidos. As opiniões expressas em artigos assinados não correspondem necessariamente à opinião dos editores.

Notícias	2368
Evento – 10 ° Congresso Brasileiro Nursing	2370
Agenda	2372
Normas de Publicação	2372

Artigos Científicos

Conhecimento dos enfermeiros da estratégia saúde da família acerca da cardiomiopatia periparto <i>Knowledge of family health strategy nurses about peripartum cardiomyopathy</i> <i>Conocimiento de los enfermeros de la estrategia salud de la familia acerca de la cardiomiopatia periparto</i> <i>Andresa Machado Lima, July Grassiely de Oliveira Branco, Hyanara Sâmea de Sousa Freire, Sue Helem Bezerra Cavalcante Facundo</i>	2374
Estratégias de interação com o paciente com diagnóstico de Comunicação Verbal Prejudicada em Unidade de Terapia Intensiva <i>Strategies of interaction with the patient with Diagnosis of Verbal Communication Impaired in Intensive Care Unit</i> <i>Estrategias de Interacción con el Paciente con Diagnóstico de Comunicación Verbal Prejudicada en Unidad de Terapia Intensiva</i> <i>Lidiane Santos de Moraes, Juliana Faria de Albuquerque Lima, Renata Flávia Abreu Silva, Marcos Andrade Silva</i>	2380
Autocuidado dos pacientes com diabetes mellitus tipo 2 em seguimento ambulatorial <i>Self-care of patients with type 2 diabetes mellitus in outpatient follow-up</i> <i>Autocuidado de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en seguimiento ambulatorial</i> <i>Mariana Costa Larré, Liudmila Miyar Otero, Carla Regina de Souza Teixeira, Maria Lúcia Zanetti, Ana Dorcas de Melo Inagaki, Ana Cristina Freire Abud</i>	2385
Atendimentos às urgências e emergências na estratégia saúde da família: a percepção dos enfermeiros <i>Calls to urgencies and emergencies in strategy family health: the perception of nurses</i> <i>Atención a las urgencias y emergencias en la estrategia salud de la familia: la percepción de los enfermeros</i> <i>Raimundo Faustino de Sales Filho, Kauanny Gomes Gonçalves, Maira Crissiane de Lima Costa, Jonas Allyson Mendes de Araujo, Francisco das Chagas do Nascimento Neto, Iara Laís Lima de Sousa</i>	2391
Fortalecimento e desgaste da saúde de jovens que trabalham e estudam <i>Strengthening and attrition of the health of young people who work and study</i> <i>Fortalecimiento y la lágrima de la salud de los jóvenes que trabajan y estudian</i> <i>Elen Soraia de Menezes Cabral</i>	2395
Espiritualidade, enfermagem e saúde do idoso: cuidando da integralidade do Ser <i>Spirituality, nursing and health of the elderly: caring for the integrality of Being</i> <i>Espiritualidad, enfermería y salud de los ancianos: cuidado de la integralidad del Ser</i> <i>Ester Lorrany dos Santos, Teresa Cristina Rosa Romero Navarone, Marta Miriam Lopes Costa</i>	2400



FERIDAS 2018

VII CONGRESSO BRASILEIRO DE
PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE FERIDAS

**31 OUT
a 3 NOV**
Rio de Janeiro



feridas2018.com.br

Feridas e Governabilidade

Cursos Pré-Congresso 31/10/2018

- 1 - Pé Diabético e Biomecânica no Manejo Clínico na Podologia
- 2 - Tratamento de Feridas com Hidrozônio Terapia Tópica
- 3 - Coaching e Liderança para profissionais de Saúde
- 4 - Auditoria em Feridas na Rede Pública e Privada
- 5 - Prescrição Fitoterápica Multidisciplinar em Feridas
- 6 - Punção Venosa Guiado por Ultrassom
- 7 - Manejo Clínico da Dor
- 8 - Manejo Clínico de Feridas em Doenças Raras - Epidermólise Bolhosa
- 9 - Manejo Clínico de Lesões Vasculogênicas e Linfedemas
- 10 - A Utilização da Terapia Hiperbárica na Prática Clínica

Eventos Paralelos

- I Congresso de Enfermagem Vascular
- I Simpósio de Prevenção e Tratamento em Úlcera por Pressão
- I Encontro Carioca de Tratamento Avançado de Feridas

- 11 - Microbiologia e Biofilmes em Feridas
- 12 - Laserterapia em Feridas
- 13 - Simulação Realística em Feridas e Estomias
- 14 - Técnica de Pressão Negativa em Feridas Complexas
- 15 - Curso Nacional de Normatização de Atendimento ao Queimado (CNNAQ)
- 16 - Cuidados nas Feridas Oncológicas e Fim de Vida
- 17 - Cuidados com a Pele de Idoso
- 18 - Manejo para Metodologia Científica
- 19 - Desbridamento Biológico com Larvas

REALIZAÇÃO



SECRETARIA EXECUTIVA



atendimento@mci-group.com
21 2286-2846

TRANSPORTADORA



APOIO ESPECIAL



APOIO



Rede D'Or São Luiz é eleita a melhor na área da saúde pela 4ª edição do Estadão Empresas Mais

O grupo **Rede D'Or São Luiz** foi escolhido como a **melhor empresa na área da saúde** pelo **Estadão Empresas Mais**, que este ano está em sua **4ª edição**. O evento, que celebrou as empresas de melhor resultado e impacto positivo na economia, aconteceu no dia 13 de agosto.

Para a escolha das três primeiras colocadas em cada um dos 23 segmentos foi analisado um conjunto de 3,6 mil companhias brasileiras em parceria com a FIA e a Austin Rating. Foi desenvolvida uma metodologia exclusiva, que reuniu a análise de informações históricas e a consolidação de dados financeiros disponíveis nos balanços publicados pelas próprias empresas avaliadas. Ao todo, foram quatro pontos destacados: receita, porte, lucratividade e consistência histórica de resultados.

O responsável por receber a premiação durante a cerimônia foi o vice-presidente da Rede D'Or São Luiz, Rodrigo Gavina. A solenidade também contou com a participação do Ministro da Fazenda, Eduardo Guardia, que destacou os desafios da economia brasileira em um momento de transição política no país.

FONTE: Assessoria de imprensa



Congresso UNIDAS: Médicas portuguesas apresentam estratégias europeias para lidar com o envelhecimento

O 21º Congresso Internacional UNIDAS – CAMINHOS PARA INOVAR terá a participação das médicas portuguesas Paula Cristina Silva e Joana Abreu. Elas participam, com o médico e presidente da Aliança Global de Centros Internacionais de Longevidade, Alexandre Kalache, do painel "Viver mais, mas com saúde: os desafios da longevidade", e levarão aos participantes o contraponto europeu, com o contexto epidemiológico, indicadores de saúde demográficos da população geriátrica atual e diferença entre os países. "Vamos apresentar as estratégias europeias para lidar com o envelhecimento e falar do estímulo ao envelhecimento ativo, promoção de estilos de vida saudáveis e prevenção de doenças crônicas", informa Paula.

"Também trataremos da realidade em Portugal, apresentando a história e estrutura do nosso Serviço Nacional de Saúde e os Planos de Ação existentes nesta área. Neste contexto, faremos uma reflexão sobre os desafios do dia a dia da prática clínica e das estratégias para adaptar os serviços de saúde, o atendimento, a articulação entre profissionais, comunidade; análise das dificuldades e perspectiva de melhoria no futuro", complementa, lembrando que o envelhecimento da população é uma realidade e um desafio para os sistemas de saúde de todo o mundo.

Congresso UNIDAS

O Congresso UNIDAS ocorre de 7 a 9 de novembro, na Costa do Sauípe (BA). O evento contará com a participação de especialistas internacionais, nacionais, gestores de planos de saúde, dirigentes e executivos de instituições públicas e privadas, médicos, enfermeiros, acadêmicos, formadores de opinião e prestadores de serviços. Este ano, 800 congressistas devem acompanhar as palestras.

Durante o Congresso acontecerá a 4ª Expo UNIDAS, na qual empresas fornecedoras expõem seus produtos e serviços desenvolvidos para atender o sistema de saúde brasileiro (equipamentos, soluções tecnológicas e ferramentas de gestão). Também haverá a entrega do Prêmio Saúde UNIDAS 2018 para os autores dos melhores trabalhos sobre a assistência à saúde de qualidade fundamentada nas práticas da autogestão em saúde.

Serviço

21º Congresso Internacional UNIDAS – CAMINHOS PARA INOVAR

Painel: Viver Mais, mas com saúde. Os desafios da Longevidade

Data: 9 de novembro, das 10h às 12h

Local: Costa do Sauípe – Bahia

Mais informações: www.unidas.org.br/21congresso

FONTE: Assessoria de imprensa

calçado
profissional
antiderrapante



Cores
- Branco
- Preto
- Marinho

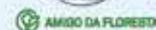


Soft Works

PROFESSIONAL SHOES



WEDGE SOFT WORKS EPI CALÇADOS



(16) 3703 3240

www.softworksepi.com.br

10 ° Congresso Brasileiro Nursing

Profissionais da saúde deram um show de conhecimento, além de nortear importância da Enfermagem para o futuro



O Congresso Brasileiro Nursing, em sua 10ª edição, aconteceu no Hotel Transamérica em São Paulo. Com a temática “Multidisciplinaridade em Saúde – Integrando Saberes” o congresso apresentou diversas palestras com representantes da saúde que transmitiram suas experiências e o conhecimento científico.

Prestigiado por mais de 1.000 pessoas o evento promovido pela revista Nursing teve novidades esse ano, com a soma do 1º Congresso Internacional Saúde Coletiva e o 1º Congresso Internacional Feridas. Fato esse que veio a somar o conhecimento dos que receberam um

congresso de qualidade e conceito.

Na abertura o presidente Enf. Dr. Sérgio Luís Alves de Moraes Júnior agradeceu a todos pela presença e mencionou a felicidade de estar a frente de um evento importante como esse. “Quero agradecer a disposição de todos interessados em ampliar o conhecimento e prestigiar o 10º Congresso Nursing”. Afirmou Sérgio de Moraes. A vice-presidente do Congresso Dra. Dorisdaia Carvalho de Humerez, a gestora de marketing Maria Aparecida, e o vice-presidente do Coren-SP Mauro Antônio da Silva acompanharam a cerimônia de abertura ao lado de todos os palestrantes do primeiro dia de congresso.

Durante as palestras foram discutidos temas direcionados para o futuro. Já que a enfermagem se depara com um cenário que desafia a cada dia o profissional. E o enfermeiro é obrigado a acompanhar tudo isso, saindo da sua zona de conforto e buscando novos horizontes para a profissão. E foi com esse ideal que o primeiro dia de congresso foram abordados temas como: as perspectivas da profissão da enfermagem, a gestão do cuidado, a autonomia e empreendedorismo da profissão, entre tantas outras apresentações. Durante todas essas palestras foi notável a participação do público sempre querendo saber mais e mais do assunto debatido.

Ao longo do 1º dia foi abordado também o assunto Feridas como o tratamento de úlceras venosas e mistas, avaliação e Cuidado de Feridas com o uso da Tecnologia, cuidados de enfermagem e linfedema, entre outros temas. Que trouxeram de início curiosidade e no decorrer da palestra o conhecimento, para o grande público presente.

Já o segundo dia não deixou a desejar com palestras ricas e detalhadas pelos diversos profissionais que lá estiveram. Como por exemplo o enfermeiro Carlos Cunha e a palestra: Desafios e Perspectivas para Enfermagem no âmbito da Saúde Coletiva". Sempre muito cuidadoso e atencioso ao delinear o assunto.

Logo em seguida tivemos o convidado estrangeiro o Luís Manuel de Campos Simões. Perito em tratamento feridas e emergências pré hospitalar que apresentou "Abordagem do queimado do pre hospitalar ao cuidado das queimaduras!" Sua didática foi incrível. Durante a palestra foi demonstrado vídeos com casos severos de queimados, deixando a todos extasiados perante a tudo que ouvia e conhecia.

Outro tema muito bem desenvolvido foi o da Enfermeira e escritora Maria Julia Paes que desenvolveu o tema "Comunicação e o resgate do ser". Sua palestra foi um líquido de como deve ser o contato com o paciente, algo que todos acreditam saber, mas sob o olhar da Maria Julia a plateia se rendeu e aprendeu de uma forma única esse trabalho.

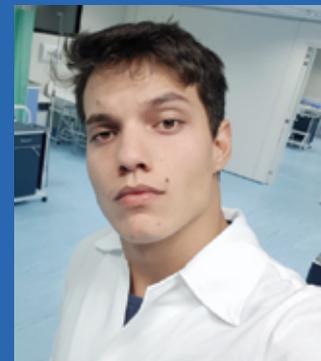
Premiação Congresso Nursing

Durante o Congresso foi oferecido o prêmio para o melhor trabalho apresentado. E quem levou essa foi Vinicius Abrahão Rodrigues.

Questionado pela revista sobre os pontos positivos no Congresso Nursing Vinicius foi categórico em afirmar que "Os pontos positivos como qualquer outro congresso é a troca de conhecimento, e não foi diferente nesse, onde conseguiram deixar o público ainda mais próximo dos palestrantes deixando assim uma troca mais dinâmica e isso foi evidenciado nas apresentações orais". Afirmou Vinicius Rodrigues.

Assegurou ainda que o Congresso contribuiu de uma forma indescritível em sua vida acadêmica, fazendo com que eu abrisse seus olhos para uma situação da saúde pública na qual ainda não havia se atentado, e o principal o congresso proporcionou soluções possíveis para os problemas na saúde pública de seu estado Brasília, e ainda prometeu em implementar todo o conhecimento adquirido em sua cidade natal.

Já sobre a premiação Vinicius fala da felicidade em ser o ganhador "meu Trabalho foi um dos premiados no congresso e um entre tantos meu trabalho levava uma metodologia ativa para o aprendizado e quando soube que foi premiado fiquei extasiado e grato por ter tido o meu esforço e dos meus colegas e orientador reconhecido de tal forma, eu já estava me sentindo realizado pelo que pude aprender a premiação só agregou ainda mais essa felicidade." Afirmo Vinicius Abrahão Rodrigues.



Ganhador do prêmio Congresso Nursing Vinicius Abrahão Rodrigues.

Já a Enfermeira Carmela Lília Espósito de Alencar Fernandes demonstrou um trabalho que muito chamou atenção o Empoderamento da Enfermagem Forense, palestra que agregou conhecimento do seu início ao fim, sempre com a participação dos presentes para aprofundar mais o assunto.

O Congresso Nursing foi um sucesso e gostaríamos de agradecer a todos

os palestrantes em dividir com o público presente o seu conhecimento.

Aguardamos o próximo Congresso para sempre termos profissionais de enfermagem cada vez mais embasados e dispostos a lidar com a informação do seu paciente e assim garantindo a saúde, a ética, o cuidado e a segurança do paciente. Até 2019 com muitas novidades! 🐦



EVENTO	DATA	LOCAL	INFORMAÇÕES
XVI Congresso Brasileiro de Oncologia Pediátrica	03 a 05 de outubro	Foz do Iguaçu / PR	Telefone: (51) 32166300 E-mail: operacional@fellinievents.com.br Site: www.sobo2018.com.br
6ª Conferência Latino-americana de Promoção da Saúde e Educação	08 a 10 de outubro	Franca / SP	Site: www.oxfordeventos.com.br/promocaoadasaude2018/apresentacao
8º BRADOO - Congresso Brasileiro de Densitometria Osteoporose e Osteometabolismo	10 a 13 de outubro	São Paulo / SP	Telefone: 11 3253-6610 E-mail: ligia@taoassessoria.com.br Site: bradoo2018.com.br
3º Seminário Internacional de Segurança do Paciente e Acreditação em Saúde	25 a 27 de outubro	São Paulo / SP	Telefone: (11) 3257-4998 E-mail: ricardo@tourneevigens.com.br Site: goo.gl/T4gj3g
7º Congresso Brasileiro de Enfermagem Dermatológica	28 a 31 de outubro	Gramados / RS	E-mail: @contato_viiced@sobende.org.br Site: sobende.org.br/VII_CBED
VII Congresso Brasileiro de Prevenção e Tratamento de Feridas	31 de outubro a 03 de novembro	Rio de Janeiro / RJ	Telefone: (21)2286-2846 E-mail: feridas2018@mci-group.com Site: www.feridas2018.com.br

NORMAS PARA PUBLICAÇÃO

A **Revista Nursing**, edição brasileira, tem por objetivo a divulgação de assuntos de Enfermagem, colaborando, assim, com o desenvolvimento técnico-científico dos profissionais. Para a publicação na Nursing, o trabalho deverá atender às seguintes normas:

- 01 Devem ser enviados para artigo@mpmcomunicacao.com.br, acompanhados de solicitação para publicação e de termo de cessão de direitos autorais assinados pelos autores.
- 02 Um dos autores deve ser profissional de enfermagem. Ao menos um autor deve ser assinante da revista.
- 03 Os autores devem checar se descritores utilizados no artigo constam no DeCS (Descritores em Ciências da Saúde).
- 04 Não ter sido publicado em nenhuma outra publicação nacional.
- 05 Ter, no máximo, 10 páginas de texto, incluindo resumo (português, inglês e espanhol – inclusive título do artigo) com até 19 mil caracteres com espaço, ilustrações, diagramas, gráficos, esquemas, referências bibliográficas e anexos, com espaço entrelinhas de 1,5, margem superior de 3 cm, margem inferior de 2 cm, margens laterais de 2 cm e letra arial tamanho 12. Os originais deverão ser encaminhados em formato Word para o e-mail artigo@mpmcomunicacao.com.br
- 06 Caberá à redação julgar o excesso de ilustrações, suprimindo as redundantes. A ela caberá também a adaptação dos títulos e subtítulos dos trabalhos, bem como o copidesque do texto, com a finalidade de uniformizar a produção editorial.
- 07 As referências bibliográficas deverão estar de acordo com os requisitos uniformes para manuscritos apresentados a revistas médicas elaborado pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (Estilo Vancouver).
- 08 Evitar siglas e abreviaturas. Caso necessário, deverão ser precedidas, na primeira vez, do nome por extenso. Solicitamos destacar frases ou pontos-chave. Explicitar os unitermos.
- 09 Conter, no fim, o endereço completo do(s) autor(es), email e telefone(s) e, no rodapé, a função que exerce(m), a instituição a que pertence(m), títulos e formação profissional.
- 10 Não será permitida a inclusão no texto de nomes comerciais de quaisquer produtos. Quando necessário, citar apenas a denominação química ou a designação científica.
- 11 O Conselho Científico pode efetuar eventuais correções que julgar necessárias, sem, no entanto, alterar o conteúdo do artigo.
- 12 O original do artigo não aceito para publicação será devolvido ao autor indicado, acompanhado de justificativa do Conselho Científico.
- 13 O conteúdo dos artigos é de exclusiva responsabilidade do(s) autor(es). Os trabalhos publicados terão seus direitos autorais resguardados pela Editora MPM Comunicação LTDA. e só poderão ser reproduzidos com autorização desta.
- 14 Os trabalhos deverão preservar a confidencialidade, respeitar os princípios éticos da Enfermagem e trazer a aceitação do Comitê de Ética em Pesquisa (Resolução CNS – 466/12).
- 15 Ao primeiro autor do artigo serão enviados dois exemplares desta revista.
- 16 Caso os autores possuam fotos que possam ilustrar o artigo, a Nursing agradece a colaboração, esclarecendo que as mesmas serão devolvidas após a publicação.
- 17 Os trabalhos, bem como qualquer correspondência, deverão ser enviados para: NURSING – A/C DO CONSELHO CIENTÍFICO, Av. Dr. Yojiro Takaoka, 4384, Sala 705, Conjunto 5209 - Alphaville - Santana do Parnaíba - CEP: 06541-038.



Congresso Brasileiro de Enfermagem em Dermatologia

28 a 31
-outubro-
2018

**A Arte de inovar, criar e
empreender com responsabilidade
sustentável e segura na
Enfermagem Dermatológica**



**Inscrições
ON - LINE**



**Palestrantes
NACIONAIS E
INTERNACIONAIS**



**Programação
EXCLUSIVA**



**Hotel Master Premium
Gramado
Gramado / RS**



**Titulação
ESPECIALISTA 2018**

Realização



www.sobende.org.br/VII_CBED/

Patrocinadores



Informações



Fone: (11) 3831-6382 / 3836-0593

Conhecimento dos enfermeiros da estratégia saúde da família acerca da cardiomiopatia periparto

RESUMO | Objetivou-se investigar o conhecimento dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família que executam o cuidado pré-natal no tocante à cardiomiopatia periparto. Estudo descritivo e exploratório, com abordagem quantitativa, realizado em dois municípios da microrregião do Sertão de Crateús em agosto e setembro de 2017. Participaram da pesquisa 25 enfermeiros, por meio de questionário com perguntas abertas e fechadas. Os dados foram processados no Statistical Package for the Social Sciences 20.0. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Fortaleza (parecer nº 2.216.852). A maioria dos enfermeiros não participou de nenhuma capacitação em cardiologia e desconhecia a cardiomiopatia periparto, observando-se significância estatística entre as variáveis. Deve-se investir na capacitação do enfermeiro da Estratégia Saúde da Família a fim de qualificar a assistência pré-natal ofertada quanto à identificação e à conduta frente a sinais sugestivos de cardiomiopatia periparto.

Palavras-chaves: cardiopatias; período periparto; enfermagem; atenção primária à saúde.

ABSTRACT | The objective of this study was to investigate the knowledge of nurses in the Family Health Strategy who perform prenatal care in relation to peripartum cardiomyopathy. A descriptive and exploratory study, with a quantitative approach, carried out in two municipalities of the Sertão de Crateús microregion in August and September 2017. Twenty-five nurses participated in the study, through a questionnaire with open and closed questions. The data were processed in the Statistical Package for the Social Sciences 20.0. The study was approved by the Research Ethics Committee of Fortaleza University (opinion nº 2.216.852). Most of the nurses did not participate in any training in cardiology and were unaware of peripartum cardiomyopathy – statistical significance was observed among the variables. It is necessary to invest in training of nurses of the Family Health Strategy in order to qualify the prenatal care offered regarding the identification and conduct of signs suggestive of peripartum cardiomyopathy.

Keywords: heart diseases; peripartum period; nursing; primary health care.

RESUMEN | Se objetivó investigar el conocimiento de los enfermeros de la Estrategia Salud de la Familia que realizan el cuidado prenatal en lo referente a la cardiomiopatía periparto. Estudio descriptivo y exploratorio, con abordaje cuantitativo, realizado en dos municipios de la microrregión del Sertão de Crateús en agosto y septiembre de 2017. Participaron de la investigación 25 enfermeros, por medio de un cuestionario con preguntas abiertas y cerradas. Los datos fueron procesados en el Statistical Package for the Social Sciences 20.0. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Universidad de Fortaleza (opinión nº 2.216.852). La mayoría de los enfermeros no participó de ninguna capacitación en cardiología y desconocía la cardiomiopatía periparto, observándose significancia estadística entre las variables. Se debe invertir en la capacitación del enfermero de la Estrategia Salud de la Familia a fin de calificar la asistencia prenatal ofrecida en cuanto a la identificación y la conducta frente a signos sugestivos de cardiomiopatía periparto.

Palabras claves: cardiopatias; periodo periparto; enfermeira; atención primaria de salud.

Andresa Machado Lima

Enfermeira pela Faculdade Princesa do Oeste. Especialista em Saúde Pública e da Família pela Faculdade de Quixeramobim.

July Grassiely de Oliveira Branco

Enfermeira pelo Centro Universitário Filadélfia. Doutoranda em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Mestre em Saúde Coletiva pela UNIFOR. Especialista em Saúde da Família pela Universidade Norte do Paraná. Especialista em Centro Cirúrgico e Recuperação Pós-anestésica pela Universidade Gama Filho.

Recebido em: 24/03/2018

Aprovado em: 10/07/2018

Hyanara Sâmea de Sousa Freire

Enfermeira pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Especialista, modalidade Residência, em Enfermagem Obstétrica pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Preceptora de Enfermagem do Centro Universitário Estácio do Ceará.

Sue Helem Bezerra Cavalcante Facundo

Enfermeira pela UNIFOR. Mestre em Saúde Coletiva pela UNIFOR. Especialista em Saúde da Família pela UFC. Especialista em Enfermagem Cardiovascular pela UECE. Preceptora de Enfermagem do Centro Universitário Estácio do Ceará.

Introdução

O pré-natal é uma assistência multidisciplinar, com finalidade de orientar gestantes sobre hábitos de vida, dieta, atividade física, orientação psicológica, além de prepará-las para o parto e o puerpério. Considera-se também o tratamento e a prevenção de doenças preexistentes que podem se agravar na gestação. Sabe-se que, quando bem realizada, essa assistência tem como principal reflexo a diminuição da morbimortalidade materno-infantil¹.

Durante a gestação, a mulher pode desenvolver patologias decorrentes de

modificações próprias da gravidez, como pré-eclâmpsia, diabetes gestacional, infecções do trato urinário, anemia, distúrbios da tireoide e, dentre tantas, a cardiomiopatia periparto (CMPP)².

A cardiomiopatia periparto é descrita como alterações no ventrículo esquerdo e manifestações de insuficiência cardíaca similares às observadas em pacientes com insuficiência cardíaca decorrentes de outras causas³. A doença cardíaca continua a ser causa importante de morte materna indireta, ocorrendo em 0,5 a 4% das mulheres grávidas⁴.

A CMPP ocorre em mulheres aparentemente saudáveis durante o período anterior ao parto³⁻⁵. Segundo a literatura, a cardiomiopatia periparto é uma causa rara de insuficiência cardíaca congestiva (ICC) que acomete mulheres no final da gestação, mais precisamente entre o último mês de gestação até cinco meses pós-parto⁶. A mortalidade materna varia entre 10 a 32% dos casos, porém, a CMPP tem incidência desconhecida, mas estima-se de 1/1.300 a 1/15.000 nascimentos nas últimas décadas⁷.

A CMPP tem como fatores de risco: a hereditariedade, idade materna avançada, hipertensão arterial, deficiência de selênio, multiparidade, resposta imune anormal à gravidez, citocinas ativadas pelo estresse, distúrbios hormonais e tocolise prolongada^{7,8,9}.

Esta patologia tem como principais sinais e sintomas a dispneia, edema periférico e fadiga, por vezes pode ocorrer tosse e desconforto abdominal, assim como em pacientes com insuficiência cardíaca⁸. O diagnóstico da CMPP pode ser realizado ainda durante o pré-natal, diante de tais sinais e sintomas.

Neste contexto, as gestantes acompanhadas pela equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF) com sinais e sintomas sugestivos de CMPP devem ser encaminhadas pelo enfermeiro ou médico da Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) para atendimento especializado para esclarecimento do quadro, assim como preconiza o Ministério da Saúde¹⁰.

O reconhecimento de problemas reais e potenciais da gestante implica no conhecimento clínico do profissional de saúde. Sendo assim, entende-se que é significativo aos enfermeiros o conhecimento sobre a CMPP para sua identificação precoce ainda na atenção primária¹¹.

Diante do exposto, emergiu o seguinte questionamento: Qual o conhecimento que os enfermeiros da ESF, que realizam pré-natal, têm sobre a cardiomiopatia periparto? Para tanto, objetivou-se verificar o conhecimento dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família que executam o cuidado pré-natal no tocante à cardiomiopatia periparto.

"(...) no período gestacional, o corpo da mulher passa por uma série de alterações fisiológicas que são capazes de produzir diversas manifestações no organismo da mulher"

Método

Trata-se de uma pesquisa descritiva e exploratória, com abordagem quantitativa. O estudo foi realizado em dois municípios da microrregião do Sertão de Crateús em agosto e setembro de 2017. Os municípios em questão ocupam o terceiro e o décimo lugar no Estado do Ceará quanto ao nível populacional, com 11 e 23 equipes da Estratégia Saúde da Família, respectivamente, e ambos possuem uma equipe de Saúde da Família Indígena.

No período da coleta, os dois municípios possuíam quantitativo de 34 enfer-

meiros em atividade na ESF. Para participar do estudo, foram selecionados de acordo com os seguintes critérios de inclusão: atuar na Estratégia Saúde da Família; realizar assistência pré-natal; ter experiência nessa atividade há, no mínimo, um ano. Foram excluídos os profissionais que estavam de férias ou de licença médica (seis enfermeiros). Além disso, três deles não participaram das entrevistas, mesmo após sucessivas tentativas de encontro. Deste modo, a amostra foi composta por 25 enfermeiros assistenciais.

Para a coleta de dados, foi utilizado um instrumento autoaplicável com perguntas abertas e fechadas, elaborado pelas pesquisadoras, o qual foi aplicado mediante presença do pesquisador. O instrumento abordava, além da caracterização dos sujeitos, questões relacionadas à conduta profissional diante de alterações clínicas na gestação, incidência, fatores de risco, diagnóstico, manifestações clínicas, tratamento e prognóstico da cardiomiopatia periparto, dentre outros.

A análise dos dados foi realizada por meio de estatística descritiva, utilizando frequências absoluta e relativa, para as variáveis categóricas, média e desvio padrão, para as variáveis numéricas. Para organização de dados e cálculos estatísticos, utilizou-se o programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 22.0.

Para comparações de grupos envolvendo variáveis qualitativas, foi utilizado o teste exato de Fisher e, para variáveis quantitativas, o teste de Mann-Whitney. Para todos os procedimentos inferenciais, foi adotado nível de significância de 0,5%.

Foram obedecidos os aspectos éticos e legais descritos na Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde. O projeto da pesquisa foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Fortaleza, sob o parecer de nº 2.216.852.

Resultados

Dentre os 25 participantes do estudo, predominaram enfermeiros do sexo fe-

Quadro 1. Diagnósticos e condutas no cuidado pré-natal com gestante no último mês de gestação, de acordo com os enfermeiros entrevistados, 2017.

Enfermeiro	Se uma gestante com 38 semanas gestacionais chegar a sua unidade queixando-se de "dificuldade para respirar, cansaço e inchaço nas pernas", qual seria o possível diagnóstico e qual seria sua conduta?
ENF2	"Cardiopatias? Asma? Pneumonia? Bronquite? Anemia severa? Exame físico (ausculta cardiopulmonar); solicitação de ECG e exames laboratoriais; encaminhamento para avaliação médica".
ENF3	"Encaminhamento ao serviço especializado".
ENF4	"Problemas cardíacos? Pré-eclâmpsia? Encaminhamento para atendimento hospitalar".
ENF5	"Dependendo da gravidade da dispnéia, pode ser um problema cardíaco e deve ser encaminhado para consulta médica".
ENF8	"Não creio ser possível fechar um diagnóstico com base apenas nessa tríade, uma vez que o edema de MMII é um sinal frequente, o abdome mais volumoso eleva o diafragma, dificultando a respiração. É preciso correlacionar com outros achados clínicos, como por exemplo: ausculta pulmonar".
ENF10	"Diagnóstico: Cardiomiopatia. O quadro caracteriza o aumento do volume plasmático e débito cardíaco (edema agudo de pulmão/insuficiência cardíaca). Sentar a paciente na fase aguda + suporte ventilatório + prescrição de diurético".
ENF12	"São sintomas frequentes devido a alterações fisiológicas da gravidez. Fazer anamnese, procurar outras queixas como tosse, sibilos, dor no peito, frequência cardíaca e cianose de extremidades para possível diagnóstico de doença cardiopulmonar".
ENF16	"Sinais e sintomas insuficientes para um diagnóstico. Encaminhar para atendimento especializado".
ENF17	"Insuficiência cardíaca. Compartilhamento do problema com o médico da equipe para conduta de diminuição da sobrecarga cardíaca; orientações: controle do peso; solicitações de exames (ECO, ECG); encaminhamento ao pré-natal de alto risco e/ou, dependendo da situação, ao pronto-atendimento".

Fonte: dados da pesquisa/2017.

minino (76%), com faixa etária entre 36 e 45 anos de idade (56%) e média de idade de $38,9 \pm 6,2$ anos, casados (84%). Dentre as mulheres, a maioria (79%) teve duas ou mais gestações.

Predominaram enfermeiros que tinham pós-graduação lato sensu (92%) e experiência profissional de 6 a 10 anos na ESF (40%), com tempo médio de atuação de $11,8 \pm 3,4$ anos, não tendo participado de nenhuma capacitação sobre cardiologia (88%).

Caracterizando o cuidado pré-natal

Nas Unidades Básicas de Saúde dos municípios estudados, o cuidado pré-

natal era predominantemente realizado por enfermeiro e médico (72%). As consultas pré-natais dos enfermeiros ocorriam semanalmente, prevalecendo um dia de atendimento por semana (64%), em dois turnos (60%), manhã e tarde.

A maioria dos enfermeiros (40%) realizava pré-natal de cerca de 6 a 15 gestantes, com uma média de $25,12 \pm 5,01$ gestantes por equipe da ESF. No período da coleta de dados, havia 701 gestantes nas áreas de abrangência das unidades estudadas, das quais 73 (10%) residiam em área descoberta de agente comunitário de saúde (ACS).

Dentre os participantes, 80% relatou ter demanda de gestantes com alterações clínicas agudas e 76% confirmou a disponibilidade de atendimento para tais casos em sua unidade. Ao todo, 30 gestantes com sinais patológicos agudos faziam acompanhamento pré-natal com os enfermeiros entrevistados e 68% destas residiam em área coberta pela equipe da ESF.

Nesse contexto, a maioria dos enfermeiros (88%) utilizam avaliação e classificação de risco gestacional durante as consultas. Diante do risco obstétrico, o protocolo de conduta mais utilizado era o encaminhamento para atendimento especializado (96%), seguido do encaminhamento para internação hospitalar (48%).

Cuidado pré-natal acerca da cardiomiopatia periparto

O Quadro 1 expõe algumas condutas e diagnósticos dos enfermeiros diante de uma situação fictícia descrita para avaliar a assistência. A maioria encaminharia para avaliação médica especializada ou hospital (76%) e solicitaria exames complementares para avaliação (16%). O diagnóstico mais citado foi alterações cardíacas (52%), como ICC e pré-eclâmpsia.

Com relação aos possíveis diagnósticos e condutas diante de outra situação fictícia, relacionada a uma puérpera com dificuldade para respirar, tosse persistente, cansaço e inchaço nas pernas, a maioria dos participantes afirmou que encaminharia ao hospital/serviço especializado (84%), citando como diagnósticos: cardiopatia (20%), cardiomiopatia periparto (16%), edema agudo de pulmão (8%) e possível problema cardíaco (12%).

Dentre as ações destinadas à atenção cardiovascular realizadas de forma rotineira no pré-natal, as mais citadas foram verificação/aferição/avaliação da pressão arterial (36%), orientações sobre alimentação e autocuidado (28%) e controle do peso (16%). Alguns enfermeiros (16%) não desenvolviam nenhuma ação com este propósito e outros (12%) não responderam à questão. O Quadro 2 expõe as principais respostas dos entrevistados.

Conhecimento sobre a cardiomiopatia periparto

A respeito da cardiomiopatia periparto, em geral, os enfermeiros (76%) desconheciam a patologia. Para aqueles que conheciam a doença (24%), foram feitos questionamentos acerca de aspectos diversos sobre a doença. Quando perguntado sobre sua incidência, 50% destes afirmou desconhecer; 33% não respondeu; e 17% acreditava ser alta.

Ao se questionar sobre fatores de risco, foram mencionados, em geral, idade materna avançada (67%), raça negra (33%), multiparidade (33%), gemelaridade (33%), hipertensão arterial sistêmica (33%), eclâmpsia e pré-eclâmpsia (17%), obesidade (17%), fatores hereditários (17%) e “os mesmos fatores de risco para doenças cardiovasculares” (17%).

Acerca dos exames para diagnóstico da CMPP, a maioria citou eletrocardiograma (67%) e ecocardiograma (33%). Foram citados também curva pressórica (17%), enzimas cardíacas (17%) e “os mesmos exames utilizados para as doenças cardiovasculares” (17%).

Com relação às manifestações clínicas da CMPP, foram referidos principalmente sinais e sintomas como: dispnéia (50%), tosse persistente (33%) e edema de membros inferiores (33%). Foi citado ainda mal-estar, ortopneia, dispnéia paroxística, “as mesmas da ICC” e “depende do estágio da patologia” (17%).

Com relação às complicações, os entrevistados citaram principalmente ICC (33%) e óbito (33%). Infarto agudo do miocárdio; complicações renais, pulmonares, vasculares; e tromboembolismo também foram mencionados (17%). Um enfermeiro não respondeu o item.

As medidas de tratamento mais citadas foram: mudança de hábito e estilo de vida (83%), uso de medicação (67%) e repouso e acompanhamento (33%). Além disso, assistência circulatória mecânica e “o mesmo tratamento para ICC” foram citados uma vez (17%).

Para a maioria dos participantes (67%), o prognóstico da CMPP é ruim. En-

Quadro 2. Ações destinadas à atenção cardiovascular das gestantes, de acordo com os enfermeiros entrevistados, 2017.

Enfermeiro	Quais ações destinadas à atenção cardiovascular das gestantes você realiza rotineiramente no pré-natal?
ENF1	“Avaliação clínica; PA; quando sintomáticos: ECG”.
ENF5	“Avaliação da ausculta cardíaca, se alterações, encaminhamento para serviço especializado.”
ENF8	“Anamnese dirigida, solicitação de exames complementares para rastreamento de risco cardiovascular, controle do peso, PA, glicemia”.
ENF9	“Orientações nos grupos e sala de espera”.
ENF10	“Orientações sobre fatores de risco, manifestações clínicas, orientações sobre o parto e assistência no puerpério (deambulação precoce) e sinais de alerta”.
ENF12	“Anamnese, história familiar, ausculta, escuta para atenção às queixas. Se algum sinal de alerta, solicito ECG”.
ENF14	“Aferição da PA, exames de rotina, consulta das equipes e atendimento especializado”.
ENF15	“Aferição da PA, com orientações sobre alimentação razoável para prevenção da obesidade e consequentemente problema de pré-eclâmpsia e eclâmpsia; orientar a gestante a deitar em decúbito lateral esquerdo; diminuição do sal nos alimentos”.
ENF17	“Orientação para controle do peso, acompanhamento da pressão arterial, acompanhamento e avaliação do IMC, monitoramento de distúrbios hidroeletrolíticos, exames de rotina, monitoramento de edema e/ou anasarca”.
ENF19	“Nenhuma”.
ENF20	“Orientações gerais”.

Fonte: dados da pesquisa/2017.

tretanto, parte deles (33%) referiu que este depende da adesão ao tratamento. Um dos enfermeiros não respondeu o item.

Ao realizar cruzamentos entre variáveis para investigar possíveis associações, observou-se significância estatística relacionando o conhecimento sobre cardiomiopatia periparto e a participação em capacitação ou curso de cardiologia, de acordo com a Tabela 1.

Discussão

O estudo revelou que parcela significativa dos enfermeiros não participou de nenhum curso ou capacitação na área de cardiologia. Ao avaliar os indicadores de assistência pré-natal, autores observaram que a

falta de capacitação dos profissionais para realizar acompanhamento completo, detalhado e efetivo da mulher, durante pré-natal e puerpério, interfere diretamente na qualidade da assistência prestada, sendo fundamental investir em capacitação para melhorar a assistência oferecida¹².

Recomenda-se que o pré-natal seja realizado pelo enfermeiro e médico da ESF, com consultas intercaladas¹⁰. Entretanto, observou-se que uma parcela dos enfermeiros entrevistados atuam sozinhos em suas equipes, o que reflete sobrecarga na organização do trabalho, nos registros e no acompanhamento das gestantes.

Outro ponto de destaque é que 10% das 701 gestantes em acompanhamento

Tabela 1. Conhecimento da cardiomiopatia periparto nos cursos/capacitações, 2017.

Variáveis	Possui conhecimento sobre Cardiomiopatia Periparto N (%)	Não possui conhecimento sobre Cardiomiopatia Periparto	Valor p
Capacitação			
Sim	3 (100,0)	-	0,009 ¹
Não	3 (13,6)	19 (86,4)	
Sexo			
Masculino	3 (50,0)	3 (50,0)	0,125 ¹
Feminino	3 (15,8)	16 (84,2)	
Especialização			
Sim	6 (26,1)	17 (73,9)	1,000 ¹
Não	-	2 (100,0)	
Nº de Gestações (n=19)			
Média ± desvio padrão	0,7 ± 1,2	1,5 ± 0,9	0,197 ²
Tempo de experiência na ESF			
Média ± desvio padrão	12,3 ± 5,7	11,8 ± 5,1	0,823 ²

Fonte: dados da pesquisa/2017.

¹Teste exato de Fisher; ²Teste de Mann-Whitney

pelos enfermeiros residiam em área descoberta por ACS. O agente comunitário de saúde é um articulador do processo de trabalho da equipe ao fazer o elo entre a comunidade e o serviço de saúde. Por ter maior facilidade de acesso aos domicílios, este profissional tem a oportunidade de identificar agravos individuais e coletivos e reportá-los à equipe para que sejam realizadas as intervenções necessárias¹³. Assim, a ausência do ACS compromete o levantamento de informações para a equipe e fragiliza a assistência ofertada.

Sabe-se que, no período gestacional, o corpo da mulher passa por uma série de alterações fisiológicas que são capazes de produzir diversas manifestações no organismo da mulher, cabendo ao profissional de saúde orientar e interpretar corretamente essas situações, de forma a não banalizar as queixas apresentadas¹⁴.

As questões sobre casos fictícios trouxeram resultados positivos quanto ao possível diagnóstico, porém a conduta de avaliar a gestante por meio do exame físico, verificar sinais vitais (SSVV) e solicitar outros exames complementares foi

desviada, e o encaminhamento (a médico, especialista ou hospital) foi a conduta mais citada. Ressalta-se que apenas um enfermeiro citou "exame físico (ausculta pulmonar)" como possível conduta.

É fundamental o exame físico diante de queixas de gestantes e puérperas. O Ministério da Saúde recomenda, dentre tantos, a realização do exame físico geral, sinais vitais e ausculta cardiopulmonar nas gestantes¹⁰. Estudos corroboram que o diagnóstico precoce da CMPP aumenta a sobrevida da mulher e que esse diagnóstico só pode ser fechado com resultado de exames mais específicos (ECG, ECO, exame físico completo, HOLTER, entre outros)^{4,5,9}.

A CMPP pode ocorrer no último mês da gestação até os primeiros meses pós-parto, período no qual as mulheres são acompanhadas regularmente pela equipe da ESF. Merece destaque, porém, o fato de que a maioria dos entrevistados nunca ouviu falar sobre a doença.

A incidência da cardiomiopatia periparto varia de acordo com a área geográfica considerada. No Brasil, sua real

incidência ainda é desconhecida, mas sabe-se que a CMPP é responsável por 12% das admissões hospitalares de puérperas³⁻¹⁵. Assim, o desconhecimento acerca desta patologia é fato preocupante, uma vez que pode resultar em complicações graves que podem ser evitadas ou minimizadas com diagnóstico precoce e assistência adequada.

Para aqueles que referiram conhecer a doença, as respostas quanto aos fatores de risco foram pertinentes com a literatura científica, desvelando bom nível de conhecimento sobre o tópico. Autores referem que os fatores de risco são: idade superior a 30 anos; descendência africana; gestação múltipla; história de pré-eclâmpsia, eclâmpsia ou hipertensão pós-parto; abuso de cocaína; tratamento oral tocolítico com agonistas beta-adrenérgicos por longo prazo; primeira ou segunda gravidez e multiparidade¹⁶.

Acerca dos exames para diagnóstico da CMPP, os respondentes também foram assertivos com a indicação literária dos exames, tendo em vista que os exames para diagnóstico são: ECG, ECO, radiografia, ressonância magnética cardíaca e, de forma invasiva, a biópsia endocárdica¹⁷.

Com relação às manifestações da CMPP, os enfermeiros que responderam a tais questionamentos citaram principalmente dispnéia, tosse persistente e edema de membros inferiores. A ortopneia foi citada por apenas um enfermeiro. Não foram citados, entretanto, fadiga, desconforto abdominal e precordialgia. A regurgitação mitral funcional, a hipertrofia ventricular esquerda no ECG e as anormalidades da onda ST-T estão presentes em 66% e 96% dos casos, respectivamente. Além disso, a presença de fenômenos tromboembólicos é rara, entretanto, quando ocorrem, podem provocar hemoptise, dor torácica e hemiplegia³.

Quanto às complicações, pesquisas citam como sendo principais os fenômenos tromboembólicos, arritmias, choque séptico, insuficiência hepática e falência múltipla de órgãos. Podem ocorrer também abortamentos, partos pré-termo,

crescimento intrauterino restrito, neonatos pequenos para a idade gestacional e morte neonatal^{16,17}. Portanto, nesse quesito, houve limitação nas respostas dos enfermeiros questionados, visto que estas remetiam apenas a complicações na mulher, não sendo citadas complicações no feto.

Quanto ao tratamento, os entrevistados citaram tanto terapêuticas não-farmacológicas quanto farmacológicas, corroborando com a literatura científica acerca do tratamento da CMPP. O tratamento não-farmacológico passa pela restrição de sal na dieta, pela restrição de fluidos em doentes com sobrecarga de volume, pela monitorização diária do peso, e por medições regulares da pressão arterial. O repouso restrito ao leito não é recomendado, devido ao aumento do risco de fenômenos tromboembólicos¹⁷. Já a terapêutica farmacológica deve ser personalizada de forma a serem utilizados apenas fármacos seguros para a gravidez e lactação, sendo mais utilizado digoxina, diuréticos, vasodilatadores e anticoagulantes. Outras medicações incluem bloqueadores do canal de cálcio, β -bloqueadores, antiarrítmicos e terapia imunossupressora³⁻¹⁶.

No que tange ao prognóstico, alguns participantes afirmaram que o prognóstico é ruim. De fato, em alguns casos, pode ocorrer a recuperação da função ventricular, mas de 6 a 60% dos casos evoluem para óbito, devido ao diagnóstico tardio^{3,10}. O diferencial, portanto, consiste no diagnóstico e no início precoce do tratamento.

"Recomenda-se que o pré-natal seja realizado pelo enfermeiro e médico da ESF, com consultas intercaladas"

Conclusão

A cardiomiopatia periparto possui critérios diagnósticos bem definidos, mas permanece subdiagnosticada devido a

dificuldades em seu reconhecimento, o que influencia diretamente em seu prognóstico.

Observou-se que a maioria dos enfermeiros da ESF não conhecia a CMPP. Entretanto, aqueles que disseram conhecer a patologia demonstraram, de modo geral, ter conhecimento sobre a doença. Estatisticamente, conhecer a CMPP está condicionado à participação em cursos ou capacitações na área de cardiologia.

O enfermeiro é parte fundamental para a assistência à gestante com sinais de alerta para CMPP devido a sua presença contínua na ESF, devendo-se mostrar preparado para ofertar assistência qualificada, com embasamento científico, sendo corresponsável pelo bem-estar da gestante e estimulando o empoderamento da mulher para que esta também se posicione como responsável por sua saúde.

Os resultados permitem concluir, portanto, que é válido incentivar a realização de mais estudos nessa área e disponibilizar capacitações e/ou cursos para os enfermeiros assistenciais da ESF acerca dessa temática como forma de melhorar a qualidade do atendimento à gestante com cardiomiopatia periparto. 🐦

Referências

1. Nelli EMZ, Partamian R; Organização Genilda Ferreira Murta. Saberes e práticas: guia para o ensino e aprendizado de enfermagem, enfermagem em obstetria. 8ª ed. São Caetano do Sul (SP): Difusão Editora; 2014.
2. Freitas F, Martins-Costa SH, Ramos JGL, Magalhães JA. Rotinas em Obstetria. 6ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2011.
3. Resende BAM, Jorge CS, Mello DC et al. Miocardiopatia periparto. Rev. Méd. Minas Gerais. 2009; 19(4 supl 3):S16-20.
4. Montenegro CAB, Rezende J Filho. Rezende obstetria fundamental. 13ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2014.
5. Tenuta MT Jr, Dias FAP, Favini AC et al. Miocardiopatia periparto complicada associada à valva aórtica bicúspide e síndrome de Wolff-Parkinson-White. Rev Bras Cardiol. 2014; 27(5):374-7.
6. Lage EM, Barbosa AS. Cardiopatias e gravidez. Femina. 2012; 40(1):43-50.
7. Hissa MRN, Gomes PN, Hissa MN. Cardiomiopatia periparto com presença de trombo no ventrículo esquerdo. Relato de caso e revisão da literatura. Rev Bras Clin Med. 2010; 8(5):444-50.
8. Brandão RA Neto. Miocardiopatia periparto [Internet]. Porto Alegre (RS): Medicinanet; [atualizado em 2014 Nov 24; citado em 2017 Jan 20]. Disponível em: http://www.medicinanet.com.br/conteudos/revisoes/5997/miocardiopatia_periparto.htm
9. Souza DG, Longo GC Neto, Leão MS et al. Miocárdio não-compactado como diagnóstico diferencial de cardiomiopatia periparto. A propósito de um caso. Insuf. Card. 2012; 7(2):89-92.
10. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
11. Duarte SJH, Almeida EP. O papel do enfermeiro do programa saúde da família no atendimento pré-natal. R. Enferm. Cent. O. Min. 2014; 4(1):1029-35.
12. Segatto MJ, Lima SBS, Kessler M et al. Avaliação da assistência pré-natal em município do Sul do Brasil. Rev. Enferm. UFPI. 2015; 4(2):4-10.
13. Lanzoni GMM, Meirelles BHS. A network of relationships and interactions of the health care team in primary care, and implications for nursing. Acta Paul Enferm. 2012; 25(3):464-70.
14. Oliveira GKS, França BF, Freire KRB et al. Intervenções de enfermagem nas adaptações fisiológicas da gestação. Veredas Fapiv – Revista Eletrônica de Ciências. 2013; 3(1):58-67.
15. Tedoldi CL, Freire CMV, Bub TF et al. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia para Gravidez na Mulher Portadora de Cardiopatia. Arq Bras Cardiol. 2009; 93(6 supl 1):e110-e178.
16. Sarraute GV, Sandoval LS. Miocardiopatia periparto. Med. leg. Costa Rica. 2017; 34(1):287-95.
17. Carvalho MLR. Cardiomiopatia Periparto [dissertação]. Porto (PT): Universidade do Porto, Curso de Medicina, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar; 2016.

Estratégias de interação com o paciente com diagnóstico de comunicação verbal prejudicada em unidade de terapia intensiva

RESUMO | Este estudo tem como objetivo identificar quais estratégias tem sido utilizadas por enfermeiros de unidades de terapia intensiva para a interação com pacientes com diagnóstico de enfermagem "comunicação verbal prejudicada". Trata-se de uma revisão bibliográfica. A pesquisa foi guiada pelos seguintes questionamentos: De que forma podemos nos comunicar com os pacientes com diagnóstico de comunicação verbal prejudicada na unidade de terapia intensiva e que estratégias o enfermeiro têm utilizado para comunicar-se com esses pacientes? Após a leitura dos artigos na íntegra foi realizado o agrupamento das informações o que possibilitou a construção de duas categorias. Na primeira categoria, estratégias utilizadas pelo enfermeiro para comunicar-se com os pacientes com comunicação prejudicada e a segunda categoria dificuldades encontradas em relação à comunicação com esses pacientes. Os resultados identificaram que a comunicação com o paciente grave é um desafio para o enfermeiro.

Palavras-chaves: unidades de terapia intensiva; comunicação.

ABSTRACT | This study aims to identify which strategies have been used by nurses in intensive care units for patients with interaction with nursing diagnosis "impaired verbal communication". This is a literature review. The research was guided by the following questions: How can we communicate with patients diagnosed with impaired verbal communication in the intensive care unit nurses and strategies that are used to communicate with these patients? After reading the full articles was conducted grouping the information which enabled the construction of two categories. In the first category, strategies used by nurses to communicate with patients with impaired communication and the second category difficulties in relation to communication with these patients. The results indicate that communication with the patient is a serious challenge for nurses.

Keywords: intensive care units; communication.

RESUMEN | Este estudio tiene como objetivo identificar las estrategias que han sido utilizadas por las enfermeras en las unidades de cuidados intensivos para los pacientes con la interacción con el diagnóstico de enfermería "deterioro de la comunicación verbal". Se trata de una revisión de la literatura. La investigación se basó en las siguientes preguntas: Cómo podemos comunicarnos con los pacientes diagnosticados con la comunicación verbal perjudicada en las enfermeras de la unidad de cuidados intensivos y estrategias que se utilizan para comunicarse con estos pacientes Después de leer los artículos completos se realizó agrupando la información que permitió la construcción de dos categorías. En la primera categoría, las estrategias utilizadas por las enfermeras para comunicarse con los pacientes con problemas de comunicación y las dificultades de segunda categoría en relación a la comunicación con los pacientes. Los resultados indican que la comunicación con el paciente es un serio reto para las enfermeras.

Palabras claves: unidades de cuidados intensivos; lá comunicación.

Lidiane Santos de Moraes

Enfermeira. Residente de Enfermagem. Escola de Enfermagem Alfredo Pinto. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO.

Renata Flávia Abreu Silva

Enfermeira. Professora Assistente do Departamento de Enfermagem Médico-cirúrgica. Escola de Enfermagem Alfredo Pinto. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO.

Juliana Faria de Albuquerque Lima

Enfermeira. Residente de Enfermagem. Escola de Enfermagem Alfredo Pinto. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO.

Marcos Andrade Silva

Enfermeiro. Mestrado em Enfermagem-UNIRIO. Professor Assistente da Universidade Gama Filho. Presidente do Centro de Estudos do Hospital Estadual Getúlio Vargas.

Introdução

A comunicação com o paciente busca entender as suas expressões, os seus anseios, as suas inquietações de forma que se possa contribuir para a eficácia do tratamento. Compreender suas necessidades vai além de uma assistência tecnicista, centrado apenas na patologia. É fundamental que o enfermeiro desenvolva uma visão que capture os desejos do paciente e que se dedique a compreender o significado das suas expressões não permitindo que prevaleçam somente as atribuições profissionais¹. É através da interação com o paciente que este

Recebido em: 10/07/2018
Aprovado em: 30/08/2018

profissional pode compreender as necessidades de cada indivíduo, obter as informações necessárias para traçar um plano terapêutico e envolver o paciente em seu tratamento. Mas como interagir com o paciente quando este se encontra impossibilitado de comunicar-se verbalmente?

Na unidade de terapia intensiva (UTI) é possível observar que muitos pacientes estão intubados ou traqueostomizados, conectados e dependentes de ventiladores mecânicos. Esta intervenção bastante comum em UTI limita a comunicação verbal dos pacientes, o que torna necessária a implantação de uma assistência que perceba os recursos alternativos de uma comunicação não verbal e que atenda as reais necessidades dos pacientes e de seus familiares².

A comunicação pode ser dividida em duas categorias: verbal e não verbal. A comunicação verbal está associada às palavras expressas por meio da fala ou da escrita, enquanto que a comunicação não verbal é desenvolvida através de gestos, silêncio, expressões faciais, postura corporal, entre outros. Engloba-se também nesta última categoria a comunicação através do toque. Esta forma de interação é considerada como uma das maneiras mais importantes de comunicação não verbal, podendo enviar mensagens tanto positivas quanto negativas para o paciente, dependendo do contexto em que ocorra³. O toque deve ser analisado de acordo com sua duração, localização, a exemplo de áreas mais sensíveis, mais externas ou mais próximas do coração, velocidade de aproximação do outro, seja abrupto ou gradual⁴. É importante também observar a intensidade ou pressão exercida através do toque no outro, frequência e sensação provocada, se causa reação de conforto ou desconforto na pele ao receber ou transmitir o estímulo⁴. Há estudos que comprovam que o toque é capaz de provocar alterações em paciente internados na UTI. De acordo com Lynch⁵, o toque de família-

res, enfermeiros e médicos pode levar a alterações do ritmo cardíaco do paciente. Ainda neste estudo, observou-se que ao toque das mãos dos enfermeiros os batimentos cardíacos dos pacientes envolvidos no estudo diminuíram. Portanto, na comunicação há uma movimentação de troca entre as pessoas que estão se relacionando, significando que não existe um fluxo de comportamento

"Estudos mostram que o enfermeiro intensivista, convive com dobras na escala, falta de colegas, internações não programadas, entre outros. Nessas condições, muitas vezes sobrecarregado pelas atividades deixa a comunicação com o paciente em segundo plano"¹⁶

numa só direção. Sendo assim, mesmo que sem intenção, de uma forma ou de outra haverá a transmissão de mensagens uma vez estabelecida a interação⁶. Partindo-se dessas considerações, assim como a comunicação verbal, a comunicação não verbal é uma das competências que precisa ser desenvolvida pelo enfermeiro e pelos demais profissionais da saúde. Isso possibilitará expandir a habilidade de compreender as mensagens implícitas ou explícitas, que me-

diam a relação com o paciente⁷. Compreende-se que o enfermeiro precisa olhar o cliente não apenas como uma patologia a ser tratada, mas como um ser humano que é composto de mente, corpo e, alma sendo esses três elementos inseparáveis. O ser humano é, portanto, único e encontra-se em constante interação com o outro e o ambiente que os cercam. Diante disso, a vivência das autoras gerou os seguintes questionamentos: Quais as estratégias utilizadas para a interação com pacientes com diagnóstico de enfermagem "comunicação verbal prejudicada"? Quais estratégias o enfermeiro têm utilizado para comunicar-se com esses pacientes? Tendo como objetivo Identificar quais estratégias tem sido utilizadas por enfermeiros de unidades de terapia intensiva para a interação com pacientes com diagnóstico de enfermagem: "comunicação verbal prejudicada" descritas em literatura. A escolha do tema para este estudo se deu através da vivência das autoras como enfermeiras residentes em uma unidade de terapia intensiva de um hospital público de grande porte localizado no município do Rio de Janeiro. Durante a atuação das referidas autoras nesta unidade foi possível por diversas vezes traçar o diagnóstico de enfermagem "comunicação verbal prejudicada". Na unidade de terapia intensiva grande parte dos pacientes internados apresentam a necessidade do suporte de uma via de ventilação artificial encontrando-se, portanto, intubados ou traqueostomizados e por vezes sedados. Diante deste quadro encontrou-se uma grande dificuldade no que se refere à comunicação com pacientes nessas condições.

Metódo

Este estudo refere-se a uma pesquisa bibliográfica e exploratória, pois tem como finalidade proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito⁸. A pesquisa foi guiada pelos seguintes ques-

Quadro 1. Matriz com os artigos selecionados

Ano	Autor	Título	Fonte	Objetivos	Principais resultados
2003	Zinni, GR; Maria; Silva, JP; Telles STR.	Comunicar-se com o paciente sedado: vivência de quem cuida.	Revista Latino-Americana de Enfermagem.	Compreender o comunicar-se com o paciente sedado, a partir da perspectiva das enfermeiras que cuidam desses pacientes.	Como interagir com pacientes sedados aparentemente incapazes de se expressar?
2007	Silva, RMO; Souza, JG; Tavares, JL.	Comunicação enfermeira e paciente na unidade de tratamento intensivo.	Revista Baiana de Enfermagem.	Identificar ás dificuldades e facilidades encontradas no processo de comunicação, assim como descrever a comunicação como instrumento terapêutico, além das formas de se melhorar a comunicação com o paciente na UTI.	Identificar ás dificuldades e facilidades encontradas no processo de comunicação, assim como descrever á comunicação como instrumento terapêutico, além das formas de se melhorar a comunicação com o paciente na UTI.
2008	Barlem ELD, Rose-nhein DPN, Lunardi VL, Lunardi Filho WD.	Comunicação como instrumento de humanização do cuidado de enfermagem: experiências em unidade de terapia intensiva.	www.fen.ufg.br/revista	Conhecer como os pacientes perceberam o processo de comunicação implementado pela equipe de enfermagem, identificar quais as percepções sobre os cuidados prestados pela equipe de enfermagem e situações vivenciadas neste ambiente relacionadas ao processo de comunicação.	Como pacientes perceberam o processo de comunicação implementada pela equipe de enfermagem, identificar quais as percepções sobre os cuidados prestados pela equipe de enfermagem e situações vivenciadas neste ambiente relacionadas ao processo de comunicação.
2008	Silva, RMO; Souza, JG; Tavares, JL.	O toque afetivo na visão do enfermeiro	Revista Brasileira de Enfermagem	Investigar a concepção do enfermeiro sobre o toque afetivo como ferramenta da promoção de cuidado e identificar o seu significado no cuidado de enfermagem e o momento onde ele é utilizado como instrumento de cuidado.	O toque caracteriza-se, portanto, como uma forma de comunicação não verbal entre o cliente e o enfermeiro.
2009	Schneider CC, Biele-mann VLM, Sousa AS, Quadros LCM, Kantorski LP	Comunicação na unidade de tratamento intensivo, importância e limites- visão da enfermagem e familiares.	Ciências e Cuidados de Saúde.	Identificar a comunicação estabelecida pela equipe de enfermagem para desenvolver o relacionamento interpessoal com pacientes de Unidade de Tratamento Intensivo e seus familiares e detectar como esse grupo percebe esta questão.	A comunicação estabelecida pela equipe de enfermagem para desenvolver o relacionamento interpessoal com pacientes de Unidade de Tratamento Intensivo e seus familiares e detecta como esse grupo percebe esta questão.
2011	Santana JCB, Dutra BS, Silva RCL et al.	Comunicação não verbal nas unidades de terapia intensiva: percepção dos enfermeiros.	Revista pesquisa: cuidados fundam. [online]	Compreender o significado da comunicação não verbal na assistência aos pacientes em ventilação mecânica.	Compreender o significado da comunicação não verbal na assistência aos pacientes em ventilação mecânica.

Fonte: Dados da pesquisa.

tionamentos: De que forma podemos nos comunicar com os pacientes com diagnóstico de comunicação verbal prejudicada na unidade de terapia intensiva e que estratégias o enfermeiro têm utilizado para comunicar-se com esses pacientes? Diante disso, foi realizado um levantamento bibliográfico, através da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), especificamente nas bases LILA-

CS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), BDENF (Base de Dados de Enfermagem) e SCIELO (Scientific Electronic Library Online). Utilizamos para a busca os seguintes descritores: Unidades de Terapia Intensiva e comunicação. Os critérios de inclusão dos artigos no estudo foram: ser artigo científico, publicado nos últimos doze anos, em língua portu- guesa,

estar disponível na íntegra e remeter ao objetivo do estudo. A partir dos descritores, inicialmente foram encontrados 162 publicações. Dessas, 06 foram selecionadas conforme os critérios de inclusão. Os artigos foram incluídos em uma matriz contendo as seguintes informações: ano, autor, título, fonte e ênfase do artigo. Após a leitura dos artigos na íntegra foi realizado o agru-

pamento das informações o que possibilitou a construção de duas categorias. As categorias são empregadas para se estabelecer classificações. Nesse sentido, trabalhar com elas significa agrupar elementos, ideias ou expressões em torno de um conceito capaz de abranger tudo isso⁹.

Discussão

Após a leitura dos artigos foi possível classificá-los em duas categorias: estratégias utilizadas pelo enfermeiro para comunicar-se com os pacientes com diagnóstico de comunicação verbal prejudicada e as dificuldades encontradas por eles. Segue a matriz com os artigos selecionados no Quadro 1.

No que se refere à primeira categoria – Estratégias utilizadas pelo enfermeiro para comunicar-se com os pacientes com diagnóstico de comunicação verbal prejudicada – podemos observar que é um desafio para o enfermeiro a comunicação com pacientes graves. Sendo assim, faz-se necessária a criação de alternativas de comunicação com esses pacientes e também que seja estabelecida uma comunicação terapêutica efetiva.

Faz-se necessário a utilização dos princípios básicos que incluem falar de modo claro e devagar, em tom de voz natural, empregar palavras simples ou utilizar gestos e expressões faciais, deixando tempo para que o paciente demonstre que compreendeu a mensagem e responda. O ambiente deverá ser pobre em ruídos que possam causar distração, deturpando e dificultando a compreensão da mensagem. Estudos mostram que uma das alternativas utilizadas pelo enfermeiro é a comunicação não verbal. A comunicação não verbal pode ser usada de duas formas: comunicação planejada, em que há utilização de cartões de visualização contendo letras, desenhos e números pertinentes ao tipo de mensagem que se pretende enviar a um receptor específico; e a não planejada, quando se utiliza técnica de

comunicação espontânea com os gestos, postura e movimento corporal, juntamente com os escritos do paciente e do enfermeiro. Assim, a comunicação não verbal adquire maior importância para os pacientes graves na interação com os profissionais que lhes assistem e a percepção de suas necessidades deve ser uma aptidão mantida em contínuo processo de aperfeiçoamento¹⁰. Ao investigar os aspectos não verbais, referem que para humanizar a assistência de

"O enfermeiro por ser o profissional que mais interage com o paciente deve, necessariamente, estabelecer uma forma de contato que transcende os procedimentos técnicos"

enfermagem é preciso que o enfermeiro compreenda e tenha consciência da comunicação não verbal, salienta que é preciso que o profissional esteja atento aos sinais não verbais e à linguagem corporal do cliente, para que se entendam os sentimentos manifestados, muitas vezes não expressos verbalmente¹¹. Ainda na comunicação não verbal, podemos

destacar o toque. O toque proporciona conforto, calor humano e transmite-se a mensagem de que o paciente não está só diante da dor e do sofrimento. O toque caracteriza-se, portanto, como uma forma de comunicação não verbal entre o cliente e o enfermeiro, onde é possível estabelecer empatia na relação, dependendo do sentimento exteriorizado nessa atitude¹².

O enfermeiro por ser o profissional que mais interage com o paciente deve, necessariamente, estabelecer uma forma de contato que transcende os procedimentos técnicos, buscando para tal estabelecer de forma empática (sentimento de identificação) a relação enfermeiro/paciente. Isso pode ser sinalizado pelo profissional de diversas formas, indo ao encontro de Beck¹³, quando essa diz que a principal ferramenta de comunicação entre o enfermeiro e o paciente é a empatia, podendo o profissional alcançá-la observando as reações que provoca nas outras pessoas e também refletindo sobre suas experiências, sendo essa relação, enfermeiro/paciente, a própria essência do propósito da enfermagem. Em um estudo realizado por Barlem¹⁴, foi possível evidenciar que a internação em uma UTI ainda desencadeia sentimentos de insegurança e sofrimento tanto para o paciente como para a sua família. Os membros da equipe de enfermagem, em sua maioria, apresentam estratégias de comunicação, sejam verbais ou não verbais para lidar com os pacientes, mesmo quando sedados, durante a realização dos diferentes procedimentos e cuidados.

Com relação à segunda categoria - dificuldades encontradas pelo enfermeiro com o paciente com diagnóstico de comunicação prejudicada na unidade de terapia intensiva - podemos destacar que estudos mostram que há aspectos que dificultam o processo de humanização na unidade de terapia intensiva: as relações interpessoais entre as equipes, o despreparo dos profissionais da saúde

para o que tange aos princípios, e o pouco tempo que estes profissionais possuem para se dedicar ao paciente devido às rotinas pré-estabelecidas¹⁵.

As muitas atividades desempenhadas pelo enfermeiro também é uma dificuldade encontrada, pois a percepção desse profissional pode estar diminuída no dia a dia, o que irá prejudicar a interpretação dos atos verbo-gestuais do paciente¹⁶.

Estudos mostram que o enfermeiro intensivista, convive com dobras na escala, falta de colegas, internações não programadas, entre outros. Nessas condições, muitas vezes sobrecarregado pelas atividades deixa a comunicação com o paciente em segundo plano¹⁶. Podemos destacar também as condições clínicas apresentadas pelo paciente. Estudos mostram que uma das dificuldades encontrados em relação a comunicação com o paciente crítico é o grau de sedação em que este se encontra, em decorrência da ausência de respostas aos estímulos¹⁷. Outra dificuldade relaciona-se com o

fato de estarmos na era da tecnologia, onde o monitoramento do paciente ocorre por meio de uma tela, sem que haja a necessidade do contato direto com esse, o que favorece o distanciamento dos profissionais de saúde, em especial, dos médicos e dos enfermeiros e as falhas na comunicação em virtude de os profissionais, muitas vezes, priorizarem os procedimentos técnicos, esquecendo-se da comunicação, que, como elemento primordial do relacionamento interpessoal, favorece a interação humana¹⁸.

Conclusão

Podemos concluir que a comunicação com o pacientes graves é um desafio para o enfermeiro, portanto o desenvolvimento de uma comunicação efetiva com o mesmo deve ser um dos objetivos, ao planejar e implementar a assistência de enfermagem.

Comunicar-se com o paciente em uma unidade de terapia intensiva, vai além de uma explicação sobre um pro-

cedimento, é necessário que ocorra uma empatia, ou seja, o sentimento de identificação do enfermeiro.

Dessa forma é necessário que o enfermeiro tenha alternativas para comunicar-se com os pacientes com diagnóstico de comunicação verbal prejudicada, tais como, sinais, escritas ou desenhos, porém este ainda é um desafio a ser discutido pelos profissionais que atuam nas unidades de terapia intensiva.

Apesar da limitação pela escassa produção científica a respeito do tema, este estudo atendeu ao objetivo proposto, uma vez que possibilitou identificar as estratégias utilizadas pelo enfermeiro para a interação com o paciente crítico em uso de ventilação mecânica. Os resultados alcançados poderão contribuir para a reflexão dos profissionais que prestam assistência a estes pacientes em relação à importância das estratégias de comunicação com os mesmos, além de incentivar novas produções científicas. 🐦

Referências

1. Santana JCB. Dilemas éticos vivenciados por acadêmicos de enfermagem em Unidades de Terapia Intensiva. São Paulo, 2006. Dissertação [dissertação], Centro Universitário São Camilo. Mestrado em Bioética.
2. Santana JCB, Dutra BS, Silva RCL et al. Comunicação não verbal nas unidades de terapia intensiva: percepção dos enfermeiros. R. pesq.: cuid. fundam. [online] 2011. abr/jun; 3(2):1912-23.
3. Blondis MN.; JACKSON BE. Nonverbal communication with patients: back to human touch. 2.ed. New York: John Wiley, 1982. cap 1. p. 2-29: What is nonverbal communication?
4. Weiss SJ. The language of touch. Nurs.Res., v.28, n.2, p.76-80, 1979.
5. Lynch JJ. The simple act of touching. Nursing 1978; 8(6):32-6
6. Watzlawick P, Beavin JH, Jackson DD. Pragmática da comunicação humana. São Paulo (SP): Cultrix; 1967.
7. Silva LMG, Brasil VV, Guimarães HCQCP, Savonitti BHRA, Silva MJP. Comunicação não verbal: reflexões acerca da linguagem corporal. Rev Latino-am Enfermagem. 2000; 8(4):52-8.
8. Figueiredo NMA. Método e Metodologia na Pesquisa Científica. São Paulo: Difusão Editora; 2004.
9. Minayo MCS (Org.). Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Petrópolis, RJ : Vozes, 2004.
10. Silva RMO. Comunicação com os pacientes impossibilitados de falar: concepções de enfermeiras intensivistas. Dissertação [mestrado]. Salvador: Escola de Enfermagem/Universidade Federal da Bahia; 2001.
11. Castro RBR, Silva MJP. A comunicação não-verbal nas interações enfermeiro-usuário em atendimentos de saúde mental. Rev. Latino-Am. Enfermagem [online]. 2001, vol.9, n.1, pp. 80-87. ISSN 0104-1169.
12. Dias AB, Oliveira L, Dias DG, Santana MG. O toque afetivo na visão do enfermeiro. Rev. bras. enferm. [online]. 2008, vol.61, n.5, pp. 603-607. ISSN 0034-7167.
13. Beck CLC. Sofrimento e esperança vivências com familiares de pacientes internados em UTI. In: Gonzales RMB, Beck CLC, Denardin ML. Cenários de cuidado: aplicação das teorias de enfermagem. Santa Maria: Pallotti; 1999. p. 61-157.
14. Barlem ELD, Rosenhein DPN, Lunardi VL, Lunardi FWD. Comunicação como instrumento de humanização do cuidado de enfermagem: experiências em unidade de terapia intensiva. Ver. Eletr. Enf. [Internet]. 2008; 10 (4): 1041-9. <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n4/v10n4a16.htm>.
15. Santana JCB, Dutra BS, Silva RCL et al. Comunicação não verbal nas unidades de terapia intensiva: percepção dos enfermeiros. Revista de Pesquisa: cuidado fundamental [online] 2011; Disponível em: < www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/.../1316>.
16. Silva, RMO, Souza JG, Tavares, JL. Comunicação enfermeira e paciente na unidade de tratamento intensivo. Revista Baiana de Enfermagem, Salvador, V 21, n 1, p. 55-63, Jan/Abr, 2007. Disponível em: < <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/1810/1/2883.pdf>>.
17. Zinni GR, Silva MJP, Telles STR. Comunicar-se com o paciente sedado: vivência de quem cuida. Revista Latino-Americana de Enfermagem. [ONLINE] 2003, vol.11, n.3. Ribeirão Preto MAI/JUN.
18. Schneider CC, Bielemann VLM, Sousa AS, Quadros LCM, Kantorski LP. Comunicação na unidade de tratamento intensivo, importância e limites- visão da enfermagem e familiares. Rev. Ciências e Cuidados de Saúde. 2009 Out/Dez; 8 (4): 531-539.

Autocuidado dos pacientes com diabetes mellitus tipo 2 em seguimento ambulatorial

RESUMO | Objetivo: analisar as atividades de autocuidado de pacientes com diabetes mellitus tipo 2 em seguimento ambulatorial. Método: estudo quantitativo, descritivo e transversal realizado em um hospital universitário, em 2016. Participaram 163 pacientes que responderam o questionário de atividades de autocuidado com diabetes, contendo seis dimensões: alimentação geral, alimentação específica, atividade física, monitorização da glicemia, cuidado com os pés, o uso de medicamentos e tabagismo. Resultados: das seis dimensões de autocuidado investigadas, três delas apresentavam comportamento de autocuidado desejável, ou seja, alimentação geral, alimentação específica e o uso de medicamentos. Conclusão: dos 15 itens de autocuidado avaliados, dez estavam dentro do padrão desejável. Esses resultados mostram que as atividades de autocuidado estão sendo incorporadas pelos pacientes e agregando valor a educação em diabetes.

Palavras-chaves: diabetes mellitus; autocuidado; enfermagem.

ABSTRACT | Objective: to analyze the self-care activities of patients with type 2 diabetes mellitus in outpatient follow-up. Method: a quantitative, descriptive and cross-sectional study carried out in a university hospital in 2016. Participants were 163 patients who answered the self-care diabetes self-management questionnaire, containing six dimensions: general diet, specific diet, physical activity, glucose monitoring, feet, medication use and smoking. Results: six of the self-care dimensions investigated, three of them presented desirable self-care behavior, ie, general feeding, specific feeding and medication use. Conclusion: Of the 15 self-care items evaluated, ten were within the desirable standard. These results show that self-care activities are being incorporated by patients and adding value to diabetes education.

Keywords: diabetes mellitus; self care; nursing.

RESUMEN | Objetivo: analizar las actividades de autocuidado de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en seguimiento ambulatorial. Método: estudio cuantitativo, descriptivo y transversal realizado en un hospital universitario, en 2016. Participaron a 163 pacientes que respondieron el cuestionario de actividades de autocuidado con diabetes, conteniendo seis dimensiones: alimentación general, alimentación específica, actividad física, monitorización de la glucemia, cuidado con los pies, el uso de medicamentos y el tabaquismo. Resultados: de las seis dimensiones de autocuidado investigadas, tres de ellas presentaban comportamiento de autocuidado deseable, es decir, alimentación general, alimentación específica y el uso de medicamentos. Conclusión: de los 15 ítems de autocuidado evaluado, diez estaban dentro del patrón deseable. Estos resultados muestran que las actividades de autocuidado están siendo incorporadas por los pacientes y agregando valor a la educación en diabetes.

Palabras claves: diabetes mellitus; autocuidado; enfermería.

Mariana Costa Larré

Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Universidade Federal de Sergipe. Aracaju, Sergipe, Brasil.

Liudmila Miyar Otero

Mestrado em Ciências de Enfermagem, Doutora em Enfermagem Fundamental.

Carla Regina de Souza Teixeira

Enfermeira. Professora associada junto ao Departamento de enfermagem geral e especializada da Escola de enfermagem de ribeirão preto da universidade de São Paulo.

Recebido em: 07/06/2018
Aprovado em: 12/09/2018

Maria Lúcia Zanetti

Enfermeira. Professor Associado do Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

Ana Dorcas de Melo Inagaki

Enfermeira. Doutora em Saúde da Criança e do Adolescente. Universidade Federal de Sergipe. Aracaju, Sergipe, Brasil.

Ana Cristina Freire Abud

Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Universidade Federal de Sergipe. Aracaju, Sergipe, Brasil.

Introdução

O Diabetes Mellitus (DM) é uma doença complexa que exige disciplina no seguimento do plano alimentar, regularidade na prática de atividade física, uso correto dos medicamentos, monitorização da glicemia capilar, cuidados com os pés, entre outras atividades para obtenção de um bom controle da doença. Pacientes com DM necessitam de um autocuidado extenso e precisam desenvolver comportamentos de saúde adequados que são fundamentais para os resultados do tratamento⁽¹⁾.

Essa complexidade leva muitas vezes o paciente a apresentar baixa adesão ao tratamento ou realizar apenas uma

ou duas atividades de autocuidado. A falta de manutenção do tratamento conduz o paciente a utilizar quantidades desnecessárias de fármacos, aumentar os cuidados com a saúde e diminuir a sua qualidade de vida⁽²⁾. Dentre as dificuldades para aceitar a terapia recomenda temos a falta de conhecimento, ausência de domínio dos pacientes sobre questões relacionadas à própria doença e a dificuldade de manter e incorporar novos hábitos⁽³⁾.

Reconhece-se que a educação para o autocuidado deve fazer parte do tratamento do DM2, quando efetuada corretamente diminui o surgimento de complicações agudas e crônicas, auxiliando na promoção da saúde⁽⁴⁾. As ações educativas precisam ser realizadas de forma gradual para que os pacientes se habituem às atividades de autocuidado. Essas ações auxiliam o paciente a desenvolver a capacidade de identificar situações de risco e tomar decisões adequadas para resolver as dificuldades enfrentadas no dia a dia⁽⁵⁾. Apenas recentemente um instrumento específico para avaliar o autocuidado de pacientes com diabetes denominado Questionário de Atividades de Autocuidado (QAD) foi adaptado e validado no Brasil⁽⁶⁾. Estudos que utilizaram o QAD para avaliar as atividades de autocuidado mostraram que o instrumento é válido e confiável e permite identificar com precisão o comportamento de autocuidado dos pacientes com DM^(7,8,9).

Conhecer as atividades de autocuidado através de um instrumento específico proporciona elementos importantes para o profissional de saúde possibilitando identificar as possíveis dificuldades na realização das atividades de autocuidado pelos pacientes e reconhecer as prováveis resistências à adesão ao tratamento da doença. As informações adquiridas sobre o comportamento de autocuidado dos pacientes possibilitam a construção de estratégias educativas específicas, fundamentadas

Tabela 1. Distribuição dos pacientes com Diabetes mellitus tipo 2, segundo as variáveis sociodemográficas. Aracaju, Sergipe, Brasil, 2016.

Variáveis sociodemográficas	n (%)
Sexo	
Masculino	104(63,8)
Feminino	59(36,2)
Faixa Etária	
60 a 65 anos	24
66 a 70 anos	15
71 a 80 anos	15
> 80 anos	06
Estado civil	
<40	2(1,2)
40-49	25(15,3)
50-59	38(23,3)
60-69	49(30,1)
≥70	49(30,1)
Escolaridade	
Sem escolaridade	33(20,3)
Ensino fundamental incompleto	92(56,5)
Ensino fundamental completo	3(1,8)
Ensino médio incompleto	21(12,9)
Ensino médio completo	8(4,9)
Ensino superior incompleto	3(1,8)
Ensino superior completo	3(1,8)
Ocupação	
Aposentado (a)	93(57,0)
Desempregado (a)	37(22,7)
Trabalho informal do tipo braçal	12(7,4)
Trabalho formal autônomo do tipo braçal	7(4,3)
Trabalho formal carteira assinada do tipo braçal	7(4,3)
Trabalho formal carteira assinada do tipo intelectual	6(3,7)
Trabalho formal autônomo do tipo intelectual	1(0,6)
Trabalho informal do tipo intelectual	0(0,0)
Renda familiar (número de salários mínimo*)	
1-3	147(90,2)
>3	9(5,5)
<1	7(4,3)

*Salário mínimo = R\$ 880,00

Tabela 2. Distribuição dos pacientes com Diabetes mellitus tipo 2, segundo as atividades de autocuidado desenvolvidas e a frequência em dias na semana, média e desvio padrão. Aracaju, Sergipe, Brasil, 2016.

Itens do QAD	Frequência(dias da semana) n(%)		Média±DP
	0 a 4 dias	5 a 7dias	
Alimentação geral			
1.Seguir uma dieta saudável	65(39,9)	98(60,1)	4,30 ± 3,15
2.Seguir a orientação alimentar	61(37,4)	102(62,6)	4,45 ± 3,07
Alimentação específica			
3.Ingerir cinco ou mais porções de frutas/e ou vegetais	55(33,7)	108(66,3)	4,83 ± 2,84
4.Ingerir carnes vermelhas e/ou derivados do leite integral	123(75,5)	40(24,5)	2,82 ± 2,43
5.Ingerir doces	157(96,3)	6(3,7)	0,53 ± 1,35
Atividade física			
6.Praticar atividade física por pelo menos 30 minutos	138(84,7)	25(15,3)	1,57 ± 2,27
7.Praticar exercício físico específico	138(84,7)	25(15,3)	1,60 ± 2,31
Monitorização da glicemia			
8.Avaliar o açúcar no sangue	123(75,5)	40(24,5)	2,32 ± 2,72
9.Avaliar o açúcar no sangue o número de vezes recomendado	129(79,1)	34(20,9)	1,82 ± 2,67
Cuidado com os pés			
10. Examinar os pés	110(67,5)	53(32,5)	2,71 ± 3,00
11. Examinar o interior dos sapatos antes de calçá-los	72(44,2)	91(55,8)	4,08 ± 3,25
12. Secar os espaços interdigitais depois de lavar os pés	36(22,1)	127(77,9)	5,42 ± 2,83
Medicação			
13. Tomar os medicamentos conforme recomendado*	7(4,3)	155(95,7)	6,75 ± 1,25
14. Tomar injeções de insulina conforme recomendado**	5(4,4)	108(95,6)	6,76 ± 1,19
15. Tomar o número indicado de comprimidos de diabetes***	8(6,3)	119(93,7)	6,62 ± 1,53

*Um paciente não fazia uso de medicamentos;

**50 pacientes não faziam uso de insulina;

***36 pacientes não faziam uso de medicação oral; DP – Desvio padrão.

em dados confiáveis, para o fortalecimento do autocuidado reforçando o comportamento de autocuidado desejável. Diante do exposto o estudo teve como objetivo analisar as atividades de autocuidado de pacientes com DM2 em seguimento ambulatorial.

Metódos

Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo e transversal realizado em um ambulatório de endocrinologia de um hospital universitário da região nordeste do Brasil. A amostra foi do tipo não probabilística, por conveniência,

constituída por 163 pacientes com diagnóstico de DM2. Os critérios de inclusão foram: portadores de diabetes mellitus do tipo 2, com idade mínima de 18 anos, de ambos os sexos e capazes de responder verbalmente.

O Questionário de Atividades de

Autocuidado com o Diabetes (QAD) é um instrumento autoadministrável, específico para avaliação das atividades de autocuidado com o diabetes. Apresenta seis dimensões dos comportamentos de autocuidado de pacientes com diabetes: alimentação geral (dois itens), alimentação específica (três itens), atividade física (dois itens), monitorização da glicemia (dois itens), cuidados com os pés (três itens) e uso de medicamento (três itens, de acordo com o esquema medicamentoso), acrescidos de três itens sobre tabagismo. Esse questionário avalia as atividades de autocuidado realizadas pelo paciente nos últimos sete dias. A avaliação é padronizada em dias da semana, com os escores indicando o desempenho nas atividades de autocuidado, em uma escala de 0 a 7, correspondendo aos comportamentos referentes aos últimos sete dias, sendo que 0 corresponde à situação menos desejável e o 7, a mais desejável (exceto na dimensão alimentação específica, na qual os valores são invertidos).

Para análise dos dados foi utilizada estatística descritiva para caracterizar a distribuição das respostas dos pacientes com DM2, através do programa Microsoft Excel 2016. O QAD é uma escala tipo Likert de sete pontos, por isso foi preciso considerar a amplitude de distribuição de respostas. Para este estudo considerou-se comportamento de autocuidado desejável quando a média obtida foi superior a 4. A escolha desse parâmetro justifica-se por corresponder às atividades de autocuidado mais desejáveis.

O estudo foi registrado na Plataforma Brasil sob o número de Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) 50221315.5.0000.5546 e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Sergipe com protocolo nº 106.325/2015. Todos os pacientes incluídos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), com base na Resolu-

ção 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Resultados

A população do estudo foi constituída por 163 participantes selecionados por amostra de conveniência. No que se refere aos dados sociodemográficos

"A adesão elevada dos pacientes ao tratamento medicamentoso está relacionada com a política pública de distribuição gratuita de medicamentos por meio das redes de atenção à saúde, no qual aumenta e assegura o acesso dos pacientes aos fármacos"

houve predomínio do sexo feminino 104 (63,8%), 98 (60,2%) idosos, com média de idade de 62,99 anos. No que tange à escolaridade, 92 (56,5%) pacientes referiram ter ensino fundamental incompleto. Quanto à renda familiar encontrou-se média e desvio padrão de R\$ 1.355,75± 857,89 reais

mensais, com 93 (57,0%) aposentados (Tabela 1).

Em relação às atividades de autocuidado desenvolvidas pelos pacientes com DM2 obteve-se que os comportamentos de autocuidado desejáveis foram encontrados nas dimensões: alimentação geral, alimentação específica e medicamentos, e comportamentos de autocuidado indesejável na atividade física, monitorização da glicemia e cuidado com os pés (Tabela 2).

Em relação aos hábitos de tabagismo, 153 (93,9%) pacientes referiram não ter fumado nos últimos sete dias, sendo que a quantidade de cigarros consumidos durante o dia variou de um a nove cigarros ao dia, com média e desvio padrão de 4,10±2,43, respectivamente. Destaca-se que, 111 (68,1%) pacientes afirmaram nunca terem fumado.

Discussão

Em relação às características demográficas e clínicas constata-se que os resultados estão em concordância com estudos nacionais que utilizaram o questionário QAD^(7,8,9).

Ao analisar as atividades de autocuidado realizadas pelos pacientes, na dimensão sobre a alimentação geral, a maioria apresentou comportamento de autocuidado desejável, tanto no item referente a seguir uma orientação alimentar recomendada por um profissional de saúde.

Reconhece-se que os alimentos com baixo índice glicêmico e ricos em fibras alimentares auxiliam na redução dos níveis séricos de glicose e insulina⁽¹⁰⁾. Desse modo, o seguimento do plano alimentar deve ser acompanhado por profissionais de saúde que utilizem técnicas motivacionais, baseadas em evidências científicas, com vista à adesão dos pacientes com DM2 a nova alimentação, tendo como finalidade alcançar resultados satisfatórios no controle da doença⁽¹¹⁾.

De acordo com estudo realizado na Irlanda do Norte modificações nos hábitos alimentares são difíceis de serem efetivados pelos pacientes com DM2. A falta de motivação, de entendimento sobre a importância de realizar uma dieta saudável somada ao uso de medicamentos e prática de atividade física são exemplos de alguns fatores que dificultam na adaptação das mudanças alimentares⁽¹²⁾.

Além disso, deve-se considerar o alto custo dos alimentos saudáveis, no qual pode contribuir para o aumento do consumo de alimentos ricos em gordura e açúcares, uma vez que na maioria dos casos, esses apresentam menor custo⁽¹³⁾.

No que concerne à dimensão sobre a alimentação específica, houve predomínio dos pacientes com comportamento de autocuidado desejável, no item relacionado a ingerir cinco ou mais porções de frutas e/ou vegetais. O aumento da ingestão de peixe, frutas, legumes e grãos integrais devem ser incentivados dentro do contexto de uma dieta saudável⁽¹⁴⁾. Outro ponto importante é o incentivo à alimentação saudável por meio da diminuição do consumo de bebidas açucaradas, como refrigerantes, e restrição da ingestão de alimentos ultra processados, ricos em gorduras saturadas e sódio. Essas atitudes contribuem para a promoção de benefícios no controle glicêmico e auxiliam na prevenção do desenvolvimento da dislipidemia e da pressão arterial que são comumente associados ao DM2⁽¹⁵⁾.

Em relação ao consumo de doces, os pacientes com DM2, devem ser desencorajados a ingerir alimentos ricos em sacarose. Por outro lado, eles precisam de orientação quanto ao uso de adoçantes e de alimentos dietéticos, pois alguns possuem elevados valores calóricos e alto teor de gorduras⁽¹⁶⁾.

Em contrapartida, no que tange à prática de atividade física, a maioria dos indivíduos apresentou comportamento de autocuidado não desejável.

A prática regular de atividade física é recomendada para o tratamento do DM2 em uma frequência de três a cinco vezes por semana, com duração de 30 minutos⁽¹⁴⁾, pois auxilia na redução dos fatores de risco cardiovasculares e contribui para a melhoria da qualidade de vida. No entanto, a sua eficácia para

"Um dos fatores que podem contribuir para a presença de comportamento de autocuidado não desejável está relacionado à necessidade de múltiplas punções digitais pelos pacientes durante várias vezes ao longo do dia"

controlar os níveis glicêmicos deve estar associada ao seguimento do plano alimentar⁽¹⁷⁾.

Quanto à monitorização da glicemia capilar, a maioria dos pacientes com DM2 apresentou comportamento de autocuidado não desejável em relação ao item frequência de avaliação do

açúcar no sangue por iniciativa própria e no item referente ao número de vezes de avaliação do açúcar no sangue recomendado por um profissional de saúde.

Um dos fatores que podem contribuir para a presença de comportamento de autocuidado não desejável está relacionado à necessidade de múltiplas punções digitais pelos pacientes durante várias vezes ao longo do dia. A falange distal, local indicado para realizar a punção, é uma área de grande sensibilidade, que causa desconforto ao paciente. Portanto, recomenda-se o lóbulo da orelha como local alternativo para a realização do teste glicêmico⁽¹⁸⁾.

No que se refere à dimensão relacionada ao cuidado com os pés, no item referente a examinar os pés, grande parte dos pacientes apresentou comportamento de autocuidado não desejável. Quanto aos itens examinar o interior dos sapatos antes de calçar e secar os espaços interdigitais depois de lavar os pés, a maioria alcançou comportamento de autocuidado desejável. Esse comportamento se contrapõe ao relato dos pacientes com DM2 os quais referiram que não tem o hábito de examinar os pés diariamente.

O desenvolvimento de pé diabético se inicia por uma pequena lesão, quando o indivíduo não tem o hábito de inspecionar os pés diariamente e pode não perceber possíveis alterações na pele e, conseqüentemente, desenvolvimento de úlceras⁽¹⁹⁾. Práticas educativas, realizadas pelo enfermeiro, possibilitam o desenvolvimento de habilidades para o autocuidado contribuindo assim, para a prevenção do surgimento do pé diabético e consequentes amputações das extremidades inferiores⁽²⁰⁾.

Na dimensão uso de medicamentos, a maioria apresentou comportamento de autocuidado desejável nos itens frequência de consumo dos medicamentos, o uso de injeções de insulina e consumir o número recomendado de comprimidos. A terapia medicamentosa é indicada quando os pacientes

apresentam dificuldades para controlar a doença através do tratamento não medicamentoso⁽²¹⁾. No presente estudo apenas um paciente não utilizava a terapia medicamentosa. Observa-se, portanto que, a dimensão sobre o uso de medicação apresentou maior adesão dos pacientes com DM2 quando comparado às demais atividades de autocuidado.

A adesão elevada dos pacientes ao tratamento medicamentoso está relacionada com a política pública de distribuição gratuita de medicamentos por meio das redes de atenção à saúde, no qual aumenta e assegura o acesso dos pacientes aos fármacos. Além disso, os pacientes geralmente tem maior aceitação em utilizar os medicamentos por

acreditarem no seu efeito no controle da doença⁽²²⁾.

Em relação ao tabagismo os resultados são positivos conferindo autocuidado em relação à ausência e redução do consumo de tabaco. Estudo aponta que o hábito de fumar pode provocar o aumento dos valores de glicose no organismo e reduzir a produção de insulina. O tabaco pode ocasionar também a diminuição da sensibilidade em membros inferiores aumentando o risco de ocorrência de amputações⁽²³⁾.

Conclusão

A maioria dos pacientes com DM2 não alcançou um comportamento desejável, nas dimensões sobre a monitorização da glicemia, atividade física e

exame dos pés. Os resultados apontam para o fortalecimento de ações educativas direcionadas a essas dimensões específicas e o reforço contínuo para as demais dimensões do autocuidado. Por outro lado, dos 15 itens avaliados referentes às atividades de autocuidado investigadas, dez estavam dentro do padrão desejável, destacando-se: alimentação saudável, alimentação específica, examinar o interior dos sapatos antes de calçá-los, secar os espaços interdigitais depois de lavar os pés e tomar os medicamentos. Esses resultados mostram que as atividades de autocuidado estão sendo incorporadas pelos pacientes com diabetes mellitus tipo 2 e agregando valor a educação em diabetes. 🐦

Referências

1. Sampaio HAC, Carioca AAF, Sabry MOD, Santos PM, Coelho MAM, Passamai MPB. Health literacy in type 2 diabetics: associated factors and glycaemic control. *Ciênc. Saúde coletiva*. 2015; 20(3):865-74.
2. Farias RFS et al. Adherence to treatment of Diabetes Mellitus in a rural area of Vitória de Santo Antão - PE. *Rev. APS*. 2016; 19(2):181-190.
3. Roos AC, Baptista DR, Miranda RC. Compliance with the treatment of patients with type 2. *Demetra*. 2015; 10(2):329-346.
4. Vieira GLC, Cecilio SG, Torres HC. The perception of users with diabetes regarding a group education strategy for the promotion of self-care. *Esc Anna Nery*. 2017; 21(1):1-6.
5. Pitzá AF, Matsuchitab HLP. Importance of Health Education for the Elderly. *Uniciências*. 2015;19(2):161-68.
6. Michels MJ, Coral MHC, Sakae TM; Damas TB, Furlanetto LM. Questionnaire of Diabetes Self-Care Activities: translation, cross-cultural adaptation and evaluation of psychometric properties. *Arq Bras Endocrinol Metab*. 2010; 54(7):644-51.
7. Veras VS, Santos MA, Rodrigues FFL, Arrelias CCA, Pedersoli TAM, Zanetti ML. Self-care among patients enrolled in a self-monitoring blood glucose program. *Rev Gaúcha Enferm*. 2014; 35(4):42-8.
8. Coelho ACM et al. Self-care activities and their relationship to metabolic and clinical control of people with diabetes mellitus. *Texto Contexto Enferm*. 2015; 24(3): 697-705.
9. Neta DSR, Silva ARV, Silva GRF. Adherence to foot self-care in diabetes mellitus patients. *Rev Bras Enferm*. 2015; 68(1):111-6.
10. Souza MFC; Araújo VF. Fitness of intake and anthropometric after nutritional education of patients with type 2 diabetes mellitus. *Demetra*. 2015;10(1):159-172.
11. Iquize RCC et al. Educational practices in diabetic patient and perspective of health professional: a systematic review. *J Bras Nefrol*. 2017;39(2): 196-204.
12. Booth AO, Lewis C, Dean M, Hunter SJ, McKinley MC. Diet and physical activity in the self-management of type 2 diabetes: barriers and facilitators identified by patients and health professionals. *Prim Health Care Res Dev*. 2013; 14(3):293-306.
13. Vasconcelos SML et al. Food Insecurity in Households of Patients with Hypertension and Diabetes. *Internacional Journal of Cardiovascular Sciences*. 2015.; 28(2):114-21.
14. Eguilaz MHR et al. Alimentary and lifestyle changes as a strategy in the prevention of metabolic syndrome and diabetes mellitus type 2: milestones and perspectives. *An. Sist. Sanit. Navar*. 2016; 39(2):269-289.
15. Thompson D et al. Diabetes and pregnancy. *Can J Diabetes*. 2013; 37(Supplement 1),168-83.
16. Visentin A, Mantovani MF, Caveião C, Hey AP, Scheneider EP, Paulino V. Self-care of users with type 1 diabetes in a basic health unit. *Rev enferm UFPE on line*. 2016; 10(3):991-8.
17. Carvalho SS, Silva TMA, Coelho JMF. Contributions of no pharmacological treatment for Diabetes Mellitus type 2. *Rev Epidemiol Control Infect*. 2015; 5(2):59-64.
18. Bornhausen AP et al. Hemogluco-test: influence of puncture sites on levels of glucose and pain intensity. *ABCS Health Sci*. 2014; 39(3):173-176.
19. Nascimento TCO, Navarine TCRR, Anízio BKF, Anízio BF, Costa MML, Santos IBC. Knowledge of patients with diabetes mellitus about lesions on the limbs conocimiento de los pacientes con diabetes mellitus en lesiones en las extremidades. *Rev enferm UFPE on line*. 2014; 8(7):1888-97.
20. Oliveira PS et al. Practice nurse family health strategy in the prevention of diabetic foot. *J. res.: fundam. care*. 2016; 8(3):4841-4849.
21. Rossi VEC, Silva AL, Fonseca, GSS. Adherence to drug treatment among people with type 2 diabetes mellitus. *R. Enferm. Cent. O. Min*. 2015; 5(3): 1820-30.
22. Faria HTG et al. Adherence to diabetes mellitus treatments in family health strategy units. *Rev. esc. enferm. USP*. 2014; 48(2):257-63.
23. Barrile SR, Ribeiro AA, Costa APR, Viana AA, Conti MHS, Martinelli B. Sensitive-motor alteration of the lower limbs in diabetics type 2. *Fisioter. Mov*. 2013; 26(3):537-48.

Atendimentos às urgências e emergências na estratégia saúde da família: a percepção dos enfermeiros

RESUMO | Este estudo tem como objetivo conhecer a percepção dos enfermeiros da estratégia saúde da família sobre os atendimentos às urgências e emergências. Trata-se de uma pesquisa exploratório-descritiva, com abordagem qualitativa, para a coleta de dados utilizou-se uma entrevista semiestruturada. Identificou-se que os enfermeiros reconhecem os casos de urgência e emergência baseado nos sinais e sintomas, além da queixa e exame físico, apresentados pelos usuários no momento do acolhimento; além de entraves que se caracterizam como desafios à implementação de ações concretas e resolutivas às urgências e emergências nesse nível de atenção. Vê-se a necessidade de se oferecer treinamentos teóricos e práticos relacionados a esse tema, sendo imprescindível fortalecer e disponibilizar protocolos e dispositivos que respaldem esse profissional a atuarem nesses casos, permitindo que os mesmos saiam do papel de telespectador e se apropriem dessa responsabilidade.

Palavras-chaves: estratégia saúde da família; emergências; enfermagem.

ABSTRACT | This study aims to know the nurses' perception of the family health strategy regarding emergency and emergency care. It is an exploratory-descriptive research, with a qualitative approach, a semi-structured interview was used to collect data. It was identified that the nurses recognize the cases of urgency and emergency based on the signs and symptoms, besides the complaint and physical examination, presented by the users at the time of the reception; besides obstacles that are characterized as challenges to the implementation of concrete and resolute actions to the emergencies and urgencies in this level of attention. It is necessary to offer theoretical and practical training related to this topic, and it is essential to strengthen and make available protocols and devices that support this professional to act in these cases, allowing them to step down as the viewer and take ownership of this responsibility.

Keywords: family health strategy; emergencies; nursing.

RESUMEN | Este estudio tiene como objetivo conocer la percepción de los enfermeros de la estrategia salud de la familia sobre las atenciones a las urgencias y emergencias. Se trata de una investigación exploratorio-descriptiva, con abordaje cualitativo, para la recolección de datos se utilizó una entrevista semiestructurada. Se identificó que los enfermeros reconocen los casos de urgencia y emergencia basados en los signos y síntomas, además de la queja y examen físico, presentados por los usuarios en el momento de la acogida; además de obstáculos que se caracterizan como desafíos a la implementación de acciones concretas y resolutivas a las urgencias y emergencias en ese nivel de atención. Se ve la necesidad de ofrecer entrenamientos teóricos y prácticos relacionados a ese tema, siendo imprescindible fortalecer y disponibilizar protocolos y dispositivos que respaldan a ese profesional a actuar en esos casos, permitiendo que los mismos salgan del papel de espectador y se apropien de esa responsabilidad.

Palabras claves: estrategia salud de la familia; emergencias; enfermería.

Raimundo Faustino de Sales Filho

Enfermeiro. Residente Multiprofissional em Urgência e Emergência pela Santa Casa de Misericórdia de Sobral.

Jonas Allyson Mendes de Araujo

Enfermeiro. Residente Multiprofissional em Urgência e Emergência pela Santa Casa de Misericórdia de Sobral.

Kauanny Gomes Gonçalves

Enfermeira. Residente Multiprofissional em Urgência e Emergência pela Santa Casa de Misericórdia de Sobral.

Francisco das Chagas do Nascimento Neto

Nutricionista. Residente Multiprofissional em Urgência e Emergência pela Santa Casa de Misericórdia de Sobral.

Maira Crissiane de Lima Costa

Fisioterapeuta. Residente Multiprofissional em Urgência e Emergência pela Santa Casa de Misericórdia de Sobral.

Iara Laís Lima de Sousa

Fisioterapeuta. Residente Multiprofissional em Urgência e Emergência pela Santa Casa de Misericórdia de Sobral.

Recebido em: 11/08/2018

Aprovado em: 10/09/2018

Introdução

A utilização da Estratégia Saúde da Família dentro do âmbito da Atenção Básica se configura como a melhor porta de entrada ao sistema de saúde, pois a equipe tem a oportunidade de acompanhar de perto as diversas fases da vida do indivíduo, das famílias, da comunidade.¹

O Sistema Único de Saúde (SUS) preconiza que o Atendimento Primário a Saúde (APS) seja utilizado como porta de entrada e as equipes de Saúde da Família, como a principal estratégia para a atenção primária, pois, geralmente, o primeiro contato é o primeiro recurso de

saúde procurado pelo usuário quando há uma necessidade/problema de saúde.²

De acordo com Dourado³, há clareza que a atenção básica deve mediar e ou ofertar o acesso às ações e serviços da rede de atenção das condições crônicas e para o atendimento dos casos agudos e crônicos agudizados menos complexos.

Em consonância, a Política Nacional de Atenção às Urgências⁴ ainda afirma que assistência prestada, num primeiro nível, aos pacientes portadores de quadros agudos de natureza clínica, traumática ou ainda psiquiátrica, provém do atendimento realizado por um conjunto de Unidades Básicas de Saúde/Unidades Saúde da Família, ambulatórios especializados, serviços de diagnóstico e terapia, unidades não hospitalares de atendimento às urgências e emergências e pelos serviços de atendimento pré-hospitalar móvel. Constituído-se, assim, os serviços de atendimento pré-hospitalar fixo.⁵

Diante disso, torna-se importante estruturar toda a rede assistencial, capacitando e responsabilizando cada um dos componentes da rede pela atenção a uma determinada parcela de demanda de urgência, respeitando os limites de sua complexidade e sua capacidade de resolução.⁶

No que se refere ao processo de trabalho com foco na urgência/emergência, os profissionais devem realizar o acolhimento com escuta qualificada, classificação de risco, avaliação de necessidade de saúde e análise de vulnerabilidades, tendo em vista a responsabilidade da assistência resolutive à demanda espontânea e ao primeiro atendimento às urgências e emergências.⁷

Nesse processo, o enfermeiro, diante das suas inúmeras atribuições como a realização da assistência integral (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde aos indivíduos e famílias; realizar consulta de enfermagem; realizar atividades

programadas e de atenção à demanda espontânea; contribuir, participar e realizar atividades de educação permanente¹, aparece com um papel indispensável a efetivação desse cuidado.

De modo a poder contribuir com resolução desses dilemas e ressignificar ainda mais o cuidado prestado aos casos de urgências e emergências nesse nível de atenção pelos profissionais enfermeiros, buscou-se como objetivo conhecer a percepção dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família sobre os atendimentos às urgências e emergências.

"(...) há clareza que a atenção básica deve mediar e ou ofertar o acesso às ações e serviços da rede de atenção das condições crônicas e para o atendimento dos casos agudos e crônicos agudizados menos complexos"

Metódos

Trata-se de uma pesquisa exploratório-descritiva, com abordagem qualitativa. Com cenário de aplicação, seis Centros de Saúde da Família do município de Sobral-Ce: Coelce, Expectativa, Padre Palhano, Junco, Sinhá Saboia, Sumaré e Tamarindo. Os mesmos foram escolhidos baseados na densidade populacional do território de abrangência, o que, hipoteticamente, permite inferir na relação dos agravos e número maior de atendimentos realizados nessas unidades.

Os participantes da pesquisa foram os enfermeiros dos Centros de Saúde da Família do município de Sobral-Ce. Foram escolhidos dois profissionais de cada Unidade Básica de Saúde, totalizando 14 participantes. Estes foram escolhidas de forma aleatória. A escolha de dois profissionais diferentes da mesma área me possibilitou ter uma visão mais ampliada sobre o assunto.

Para definição da amostra desses participantes e permitir uma seleção condizente com os propósitos da pesquisa foi estabelecido como critério de inclusão: a aceitação em participar da pesquisa; e como critérios de exclusão: todos os profissionais que estivessem de férias ou de licença no período da coleta de dados.

O estudo teve início em setembro de 2016, com a imersão teórica no objeto, sendo a coleta de dados realizada nos meses de outubro e novembro de 2016, com conclusão no mês de fevereiro de 2017. Salienta-se que para essa participação foi imprescindível que os mesmos dessem a anuência por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido-TCLE.

Para a coleta de dados, usou-se a técnica da entrevista semiestruturada, com perguntas tais como, "Durante o acolhimento, como você identifica os casos que necessitam de atendimento Urgente?"; "As ações realizadas para o atendimento de urgências/emergências são adequadas?"; "Que dificuldades você enfrenta no atendimento a esses casos?". Constitui-se como uma técnica de levantamento de dados e dão grande importância à descrição formal dos informantes.⁸

Os dados coletados/transcritos foram submetidos à análise com base na categorização temática proposta por Minayo⁹, uma modalidade de análise de conteúdo que, operacionalmente, desdobra-se nas etapas de pré-análise, exploração do material ou codificação e tratamento dos resultados obtidos/interpretação.

A pesquisa obedeceu aos princípios da resolução 466/12 sobre pesquisa envolvendo seres humanos, que se caracteriza como uma pesquisa que, individualmente ou coletivamente envolva o ser humano, de forma direta ou indiretamente, em sua totalidade ou a partir deles, incluindo o manejo de informações ou materiais.¹⁰

A pesquisa foi submetida ao Sistema Integrado da Comissão Científica-Secretaria de Saúde de Sobral (SICC) com o parecer favorável de N° 0092/2015 e, posteriormente, ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual Vale do Acaraú para apreciação, apresentando também parecer favorável com o N° 1.318.947.

Resultados e discussão

Os depoimentos foram agrupados relacionados a forma de identificação dos casos de urgência e emergência durante o acolhimento, bem como o fluxograma de atendimento seguido pelo usuário, conforme apontam as falas:

“Vai depender bastante da sintomatologia do paciente, do que ele vai apresentar na hora. A gente olha os sinais vitais... Se tiver bem alterado, por exemplo, uma pressão que está muito alta, a gente já atende, chama o médico, fazemos os devidos cuidados...” (Enfermeira 2)

As urgências se caracterizam como situações de agravos à saúde.¹¹ As emergências por sua vez são situações que apresentem alteração do estado de saúde, o tempo para resolução é extremamente curto, normalmente quantificado em minutos.¹²

Diante desses conceitos mínimos de urgências e emergências, percebe-se nas falas que os enfermeiros conseguem diferenciar os quadros de atendimento que são prioritários daqueles que não necessitam de uma intervenção imediata, e que o fazem de acordo com a identificação dos sinais vitais, anamnese, exame físico, relato, queixa e sintomatologia dos pacientes.

Ademais, é possível identificar tam-

bém métodos de abordagem cada vez mais eficazes, no que concerne ao atendimento a esses casos, já que os mesmos exigem uma atenção mais diferenciada quanto a dinamicidade, agilidade, num espaço de tempo reduzido, como é o caso do acolhimento com classificação de risco.

O acolhimento com classificação de risco, define-se como um processo dinâmico de identificação dos pacientes que necessitam de tratamento imediato, de

"As urgências se caracterizam como situações de agravos à saúde.¹¹ As emergências por sua vez são situações que apresentem alteração do estado de saúde, o tempo para resolução é extremamente curto, normalmente quantificado em minutos¹²"

acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento, tornando o atendimento humanizado, e não pessoal ou por ordem de chegada.¹³

É durante o acolhimento que o profissional deve escutar a queixa, os medos, as expectativas; identificar os riscos e vulnerabilidades, acolhendo também a avaliação do próprio usuário, e se responsabilizar a dar uma resposta pactuada ao problema, conjugando as necessidades imediatas dos usuários com o

cardápio de ofertas do serviço, e produzindo um encaminhamento responsável e resolutivo à demanda não resolvida.¹³

Embora esse dispositivo ainda não se encontre uniformizado em todas as ESF, algumas delas o utilizam mesmo que de forma empírica:

“A gente está começando agora a trabalhar com a classificação de risco. Atualmente a gente faz uma triagem desses pacientes, tentando, de certa forma classificar em verde, amarelo, vermelho. E aí, se o paciente for de um risco mínimo, a gente agenda para atendê-lo; se paciente for de um risco amarelo, a gente encaminha para o médico, e vermelho como não fica na nossa unidade, a gente já referência para algum outro setor mais especializado...” (Enfermeira 1)

É válido salientar que esse método de acolhimento com classificação de risco é bem mais utilizado nas unidades de urgência e emergência. Entretanto, a ESF como componente pré-hospitalar fixo e reorganizadora da Atenção Primária à Saúde, para garantir os princípios do SUS de universalização, descentralização, integralidade e equidade do cuidado, de forma a satisfazer as necessidades de todos os cidadãos e superar as desigualdades, também apresenta a necessidade de organização do seu acolhimento com a devida classificação.

Em relação ao fluxograma de atendimento seguido pelo usuário, percebe-se que, inicialmente, há o primeiro contato com o profissional de enfermagem, seja técnico ou o próprio enfermeiro, para em seguida serem encaminhados ao médico da unidade ou outros serviços mais especializados.

“A gente tenta identificar os pacientes de urgência e emergência... a gente encaminha pro médico, ou faz a interconsulta para passar o caso logo. O médico, as vezes, tem a agenda cheia, algo já programado, e a gente tenta encaixar...e fazer o fluxo da atenção secundária, depois terciária.” (Enfermeira 5)

A Política salienta que é fundamental que as unidades possuam uma

adequada retaguarda pactuada para referenciamento daqueles pacientes que, uma vez acolhidos, avaliados e tratados neste primeiro nível de assistência, necessitem de cuidados disponíveis em serviços de outros níveis de complexidade.¹⁴

Para isso, é imprescindível que os fluxos e mecanismos de transferência dos pacientes que necessitem de outros níveis de complexidade da rede assistencial estejam claramente definidos, de forma a garantir seu encaminhamento, contribuindo, assim, que o paciente tenha o direito à continuidade do cuidado, garantido na rede assistencial do SUS.

Além disso, a necessidade de serem adotados mecanismos para a garantia de transporte para os casos mais graves, que não possam se deslocar por conta própria, por meio do serviço de atendimento pré-hospitalar móvel, onde ele existir, ou outra forma de transporte que venha a ser pactuada¹⁵.

“Quando o paciente ele é muito carente, que é o nosso caso, a gente faz da seguinte forma: faz o encaminhamento do paciente, liga pro carro, que é disponibilizado pela prefeitura, aí leva o paciente. Quando o carro não está disponível na

área, a gente conta com o SAMU, que faz essa transferência. Existe outra ajuda que, no caso, é o SACS (Serviço de Apoio com ambulâncias disponíveis) para levar os pacientes acamados. (Enfermeira 3)

De fato, nem todas as ESF dispõem dos mesmos artefatos para realizar seu cuidado e prestar assistência a população no território aos quais estão inseridos. Não obstante, a concepção de redes de atenção dá margem a essa assistência interdependente entre os pontos de saúde, o que possibilita compartilhar suas potencialidades em prol de um bem comum.

Essas recomendações e ações permeiam uma atenção adequada e coerente com os princípios de integralidade e equidade do Sistema Único de Saúde, garantindo ao usuário o acesso aos dispositivos e equipamentos disponíveis nos vários níveis de cuidado da rede assistencial, de modo a conseguir suprir suas necessidades de saúde.

Conclusão

Em suma, percebeu-se que os profissionais enfermeiros das Estratégias Saúde da Família fazem o reconhecimento dos casos de urgência e emergência basea-

do no aspecto sintomatológico do usuário, utilizando-se de estratégias como anamnese e exame físico para tal. Além disso, alguns desses profissionais tem incorporado no seu cotidiano de trabalho dispositivos eficazes e humanizadores para esse atendimento, como é o caso da classificação de risco, apesar de estar longe de ser equânime.

Vê-se a necessidade de um aprofundamento/busca da desses enfermeiros, nessa perspectiva, oferecer treinamentos teóricos e práticos acerca da temática faria com que os profissionais reduzissem suas dificuldades e aperfeiçoasse seus conhecimentos de forma a agilizar e qualificar o serviço prestado.

Além disso, investimentos na área de estrutura física e organizacional, de recursos humanos e materiais; a implementar Protocolos (Acolhimento com Classificação de Risco), ou até mesmo, de forma mais aprofundada, repensar a formação desses profissionais na categoria de base, promovendo espaços de aprendizado ainda dentro das universidades voltados para esse tema, seriam importantes potencializadores para qualificar esse atendimento. 🌱

Referências

1. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Diário Oficial da União. Saúde Legis - Sistema de Legislação da Saúde, Brasília, DF, 2011.
2. Ministério da Saúde (Brasil). Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Atenção Primária e Promoção da Saúde. (Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS, 8a. – Brasília: CONASS, 2007. 232 p.
3. Dourado EMR. Análise da política de atenção às urgências: uma proposta. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília, Brasília, 2013.
4. Ministério da Saúde (Brasil). Política nacional de atenção às urgências. Diário Oficial da União. 3. ed. Brasília-DF, 2006. p.256.
5. Machado CV, Salvador FGF; O'dwyer, G. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência: análise da política brasileira. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 45, n. 3, Junho. 2011.
6. Menzani G. Estresse de enfermeiros brasileiros que atuam em pronto socorro [dissertação]. Universidade de São Paulo – USP, São Paulo, 2008.
7. Ministério da Saúde (Brasil). Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS) – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. 84 p.: il.
8. Prodanov CC, Freitas EC. Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico. 2.ed. Novo Hamburgo- Rio Grande do Sul, 2013.
9. Minayo MCS. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 29. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.
10. Ministério da Saúde (Brasil). Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília, 2012.
11. Andrade LOM, Barreto ICHC, Coelho LCA. Estratégia Saúde da Família e o SUS. In: Rouquaryol MZ, Silva MGC. Epidemiologia & Saúde. 7ª. ed. Rio de Janeiro: Medbook, 2013. cap 31. pag. 602.
12. Melo MCB, Silva NLC. Urgência em atenção básica em saúde. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2011. 132p.
13. Ministério da Saúde (Brasil). Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS: acolhimento e classificação de risco nos serviços. Brasília, 2009.56 p.
14. Garcia AB, Papa MAF, Júnior, PMC. Estratégia da Saúde da Família: capacidade da equipe para o atendimento de urgência e emergência. Nursing, São Paulo, v. 14, n. 167, 2012. p. 2160- 220.
15. Bellan MC, Araujo Il. M, Araujo S. Capacitação teórica do enfermeiro para o atendimento da parada cardiorrespiratória. Revista Brasileira de Enfermagem. Brasília, v. 63, n. 6, dez. 2010.

Fortalecimento e desgaste da saúde de jovens que trabalham e estudam

RESUMO | Analisar potenciais fatores de fortalecimento e de desgaste da saúde de jovens que trabalham e estudam. Métodos: Estudo descritivo, exploratório de abordagem qualitativa, realizado em uma escola pública de Divinópolis-MG com 83 jovens trabalhadores e estudantes, entre 2012 e 2016. Instrumentos utilizados: questionário, oficinas, observação, diário do participante e diário de campo. Procedeu-se à análise de conteúdo, tendo a dialética como referencial teórico filosófico. Resultados: surgiram quatro categorias temáticas relacionadas com: 1-mercado de trabalho, 2-estudos, 3-tempo e condição juvenil, que se imbricam com a quarta: A saúde. Foram contabilizados 26 fatores de fortalecimento, com destaque para os simbólicos, socioculturais e materiais e 39 de desgaste da saúde em cuja base estão: o cansaço, escassez temporal e condições de trabalho. Conclusão: urge que as especificidades destes jovens sejam consideradas pelos setores sociais que lidam com os mesmos, destacando-se a saúde do trabalhador. Eles carecem de entendimentos sobre saúde e cidadania.

Palavras-chaves: juventude; saúde do trabalhador; ensino fundamental e médio.

ABSTRACT | Objective: To analyze potential factors of strengthening and weakening of the health of youngsters who work and study. Methods: A descriptive, exploratory qualitative study was carried out at a public school in Divinópolis-MG with 83 young workers and students between 2012 and 2016. Instruments used: questionnaire, workshops, observation, participant's diary and field diary. Content was analyzed, with dialectics as a philosophical theoretical reference. Results: four thematic categories related to: 1-labor market, 2-studies, 3-time and juvenile condition, that intertwine with the fourth: Health. There were 26 factors of strengthening, with emphasis on the symbolic, socio-cultural and material, and 39 of health weakening on the basis of fatigue, temporal scarcity and working conditions. Conclusion: it is urgent that the specificities of these young people be considered by the social sectors that deal with them, standing out the health of the worker. They lack understanding about health and citizenship.

Keywords: youth; worker's health; elementary and high school.

RESUMEN | Objetivo: analizar potenciales factores de fortalecimiento y de desgaste de la salud de los jóvenes que trabajan y estudian. métodos: se realizó un estudio descriptivo, exploratorio cualitativo en una escuela pública en divinópolis-mg con 83 jóvenes trabajadores y estudiantes entre 2012 y 2016. instrumentos utilizados: cuestionario, talleres, observación, diario del participante y diario de campo. el contenido fue analizado, con la dialéctica como una referencia teórica filosófica. se procedió al análisis de contenido, teniendo la dialéctica como referencial teórico filosófico. resultados: surgieron cuatro categorías temáticas relacionadas con: 1-mercado de trabajo, 2-estudios, 3-tiempo y condición juvenil, que se imbrican con la cuarta: la salud. se han contabilizado 26 factores de fortalecimiento, con destaque para los simbólicos, socioculturales y materiales y 39 de desgaste de la salud en cuya base están: el cansancio, escasez temporal y condiciones de trabajo. conclusión: urge que las especificidades de estos jóvenes sean consideradas por los sectores sociales que tratan con los mismos, destacándose la salud del trabajador. ellos carecen de entendimientos sobre salud y ciudadanía.

Palabras claves: juventud; salud ocupacional; educación primaria y secundaria

Elen Soraia de Menezes Cabral

Enfermeira e Docente da Universidade Federal de São João del Rei- UFSJ- Campus Centro-Oeste D. Lindu em Divinópolis-MG. Membro do Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre Ensino e Prática de Enfermagem- NUPEPE da EEUFMG

Recebido em: 17/01/2018
Aprovado em: 12/09/2018

Introdução

Os jovens são sujeitos sociais e de direitos que colaboram efetivamente na construção da sociedade brasileira, frequentemente, sobrepondo escola e trabalho. Embora muitas ações e políticas públicas sejam direcionadas aos jovens, elas demonstram uma visão pouco abrangente dos mesmos¹⁻².

Predominantemente, nas classes populares, tanto o trabalho quanto a escola são essenciais para as vivên-

cias juvenis e, muitas vezes, um só é possível na presença do outro. Nesta concomitância, permutam-se prejuízos e vantagens e que repercutem na saúde destes jovens³⁻⁷, pois sabe-se que educação e trabalho também são determinantes do viver saudável conforme expresso no 3º artigo da Lei 8.080/8.

Para jovens pobres, sobrepor trabalho e estudo beira à imposição quando se busca equacionar sobrevivência, ajuda familiar e projetos de futuro^{1,9-12}.

Quadro 1. Fatores de fortalecimento e desgaste da saúde dos jovens que trabalham e estudam.

Fortalecimento: total=26	Desgaste: total=39
<p>Aspectos sociais</p> <p>1-Passa a frequentar ambientes mais edificantes</p> <p>2-Diversifica o contato social</p> <p>3-Adesão a novos usos e costumes, modificam benéficamente seus hábitos.</p>	<p>Aspectos sociais</p> <p>1- o distress, repercute negativamente na vida escolar</p> <p>2-pessoal, gerando conflitos nestas relações.</p>
<p>Trabalho</p> <p>4-Melhora condições financeiras possibilitando acesso a bens e serviços importantes as juventudes: vestuário; eletrônicos; lanches</p> <p>5-auxilia na renda familiar</p> <p>6- melhora as condições básicas imediatas de vida 6-Fonte de reconhecimento, realização e gratificação pessoal/profissional</p> <p>7-Colabora no desenvolvimento de habilidades sociais e técnicas</p> <p>8- melhora a autoestima</p> <p>9- favorece a autonomia</p> <p>10-melhora a capacidade de iniciativa</p> <p>11-assunção de responsabilidades</p> <p>12-auxilia na escolha do curso superior e carreira profissional</p> <p>13-aumenta a motivação para cursar uma universidade pela percepção que isto irá melhorar suas possibilidades de ocupar melhores postos de trabalho</p> <p>14-Alguns consideram que o trabalho é protetor da delinquência</p> <p>15-drogadicção</p>	<p>O mundo do trabalho</p> <p>3- Inserção excessivamente precoce</p> <p>4-vivências de preconceitos</p> <p>5-assédio moral</p> <p>6-relações de exploração da mão de obra</p> <p>7-baixos salários</p> <p>8-altos níveis de insalubridade</p> <p>9-periculosidade</p> <p>10-baixa capacidade de negociação</p> <p>11-pouca autonomia</p> <p>12-atividades manuais, repetitivas, fragmentadas e automáticas</p> <p>13-subempregos</p> <p>14-informalidade</p> <p>15- instabilidade</p> <p>16-pouca possibilidade de ascensão laboral</p> <p>17- ausência de prazer</p> <p>18-sentimento de estar sendo torturado</p> <p>19-trabalho intenso</p> <p>20-de longas horas</p> <p>21-inapropriado para a fase do desenvolvimento biopsicossocial.</p>
<p>Participação/ inclusão</p> <p>16-Aumenta as possibilidades de participação em atividades socioculturais e esportivas</p> <p>17-possibilitando a vivência de aspectos da condição juvenil.</p>	<p>Cansaço</p> <p>22-reduz o desempenho escolar e alguns momentos de</p> <p>23-lazer</p> <p>24-Citaram-se sintomas físicos: cefaleia, nervosismo, irritabilidade, desânimo, e sonolência diurna excessiva.</p>
<p>Educacional</p> <p>18-A permanência na escola os aproxima da execução de seus projetos de futuro. Melhora a conscientização e a</p> <p>19-visão crítica da realidade social</p> <p>20- Melhora, embora não garanta, as possibilidades de projeção social</p>	<p>Perdas escolares</p> <p>25-a necessidade de se priorizar o trabalho em detrimento das atividades escolares podem ocasionar, absenteísmo</p> <p>26-repetências</p> <p>27-baixa produtividade</p> <p>28-trajetórias irregulares</p> <p>29-defasagem escolar os quais costumam gerar</p>

Quadro 1. Fatores de fortalecimento e desgaste da saúde dos jovens que trabalham e estudam.

Fortalecimento: total=26	Desgaste: total=39
Educacional	Perdas escolares
	30-Sentimentos de fracasso
	31-baixa autoestima
	32-sensação de inadequação
	33-frustrações
Emocional:	Escassez temporal
21-Favorece o amadurecimento pela	34- Leva a fazerem refeições apressadas e ficar longas horas sem se alimentar.
22-diversificação das convivências	35-O excesso de atividades reduzindo a qualidade das mesmas e impossibilita algumas
23-aumenta a autoestima	36-Horas insuficientes de sono
24-Aumenta a resiliência: eles criam estratégias para não deixar que as dificuldades enfrentadas os reduzam e sim os fortaleçam	37-Alguns relataram quase não encontrarem com os pais, outros
25-Assumem novas responsabilidades e	38-perderam o contato com alguns amigos
26-sentem-se capazes de desenvolver as atividades propostas com atitudes positivas perante a vida.	39- Aumenta a tendência à evasão escolar

Esta concomitância é tarefa árdua^{1-4,13-15} e constitutiva de um modo de vida específico, portanto, repercute diretamente na saúde¹³⁻¹⁵.

Os jovens tendem a assumir trabalhos precários e ter menor autonomia de decisão o que pode levá-los à submissão, vulnerabilizando-os¹⁵⁻¹⁶. A escolaridade é um fator diferenciador em relação à qualidade de vida e de emprego¹⁻³, o que a torna imprescindível para a melhoria da saúde e do futuro profissional dos jovens. Todavia, em concomitância com o trabalho, a vida acadêmica pode ser prejudicada^{11,15-16}.

Interessa à saúde coletiva conhecer de que forma o trabalho interfere na saúde dos trabalhadores^{4,11}. A promoção da saúde relaciona-se com a melhoria das condições de vida¹⁷. Todavia, pouco se sabe sobre quais aspectos presentes na tríade trabalho-estudo-juventude podem impactar na saúde da-

queles que a mantêm. Pergunta-se: De que forma a sobreposição de trabalho e estudo impacta na saúde dos jovens?

Objetivou-se analisar potenciais fatores de fortalecimento e de desgaste da saúde de jovens que trabalham e estudam.

Método

Estudo descritivo, exploratório de abordagem qualitativa, realizado em uma escola pública de Divinópolis -MG com 83 jovens trabalhadores e estudantes. Critérios de inclusão: jovens entre 15 e 29 anos, trabalhadores urbanos, que estivessem trabalhando por mais de seis meses ininterruptos no momento da coleta e ter anuência dos empregadores para que a pesquisadora observasse o jovem em seu local de trabalho. Critérios de exclusão: jovens afastados por licença médica ou suspensão escolar, desempregados, infre-

quentes na escola ou que não estavam cursando o ensino médio durante a coleta de dados.

A pesquisa foi realizada entre 2012 e 2016 e a fase de coleta de dados foi de 2014 a 2015.

Os dados do questionário foram analisados por meio de estatística descritiva. Questões fechadas foram sumarizadas por meio de tabelas e gráficos de frequência de respostas, enquanto que tabelas com valores de mínimo, máximo, média e desvio-padrão foram construídas para questões com respostas numéricas. Quando possível, respostas numéricas foram convertidas para categorias divididas em faixas de valores, para permitir a análise de frequência de respostas.

A oficina foi utilizada como estratégia de trabalho grupal utilizando-se colagem como forma de expressão artística e a discussão de um caso so-

bre o tema da pesquisa. Os encontros com os jovens fora da escola visaram a observação de potenciais fatores de fortalecimento e desgaste da saúde relacionados com o ambiente, modos de vida, interrelações pessoais. O diário de campo foi utilizado para o registro das percepções da pesquisadora e os diários do participante também foram analisados. Procedeu-se à análise de conteúdo, tendo a dialética como referencial teórico filosófico.

Seguiram-se todos os preceitos éticos da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. A documentação foi encaminhada ao Comitê de Ética da UFMG e aprovado sob o número CAAE 30594414.0.0000.5149, e está em conformidade com a Plataforma Brasil.

Resultados e discussão

A maioria dos participantes era moradora da periferia, empregada com baixos salários, teve inserção laboral precoce e desenvolvia longa jornada de trabalho intenso, que não exigia muita qualificação. Sabe-se^{1,4,6,9} que a estrutura familiar e a pobreza colaboram para a inserção precoce dos jovens pobres no mercado de trabalho e que eles acabam se submetendo à condições laborais impróprias para as juventudes.

A análise do conteúdo resultou em quatro categorias que se seguem.

1- O mercado de trabalho e a inserção laboral dos jovens: expectativas versus precariedade

Muitos jovens afirmaram ter se inserido no mercado laboral precocemente, por imperativos de sobrevivência e motivados por expectativas de melhoria das condições de vida, autonomia e independência. A maioria deles participava da composição da renda familiar e, outros arcavam com seus gastos pessoais numa colaboração indireta.

As juventudes são mais sujeitas ao desemprego e recebem menores salários para desenvolverem trabalhos sob as mesmas condições que os adultos,

evidenciando a menos valia da mão de obra juvenil.^{1,4,6,11-12}. Insegurança, vulnerabilidade, risco de acidentes, atividades insalubres são componentes da precariedade laboral^{6,11,17} vivenciada pelos jovens, principalmente pelos mais pobres.

"Os participantes relacionaram fortemente saúde com ausência de doença, alimentação, esportes, cuidado com o corpo. Poucos a perceberam como resultado de seus modos de vida, ambiente, políticas públicas, embora tais aspectos tenham emergido de forma indireta e captados durante a análise. Esta baixa percepção reduz suas chances de intervir em tais aspectos"

As condições de trabalho nem sempre são adequadas para habilidades biopsicossociais ainda em desenvolvimento durante a juventude, as quais requerem condições especiais como recomendado pela Agenda Nacional do Trabalho Decente para a Juventude

(ANTDJ) e a Organização Internacional do Trabalho (OIT)⁶⁻⁷.

Por outro lado, os jovens afirmaram que o trabalho lhes confere maturidade, melhora a autoestima e lhes possibilita o acesso a bens e serviços que não teriam sem o próprio salário além de melhorar suas condições básicas de vida.

2- O lugar da escola para os jovens trabalhadores

A concomitância de trabalho e estudo reduz das chances de sucesso escolar e qualificação profissional. Há uma tendência destes jovens de repetirem as trajetórias parentais: baixa escolaridade baixa qualificação, trabalho precário. Assim, retroalimenta-se o ciclo de pobreza e aprofunda-se o abismo social^{1,10,12}, com repercussões negativas na saúde.

Geralmente, trabalho ganha quando compete com a escola, pois garante a subsistência, oferece renda, possibilitando pequenos gastos, algumas formas de socialização e lazer^{1,10,14}. Alguns participantes relataram trajetórias escolares irregulares e defasadas.

A escola assume um lugar de promessa de melhor futuro, mostrando uma maior valorização de seu aspecto instrumental em detrimento do formativo.

3- O tempo e a vivência da condição juvenil no cotidiano dos jovens que trabalham e estudam

A concomitância de trabalho e estudo circunscreve as vivências juvenis devido ao cansaço e à escassez temporal. O tempo desses jovens é regido pelos horários prescritos pelo trabalho. Eles priorizam o dever a ser cumprido, mas o cansaço pode impor a necessidade de dormir em detrimento de outras atividades que são muitas: obrigações extraclasse, responsabilidades domésticas, compromissos sociais, cuidados de higiene com o corpo, alimentação, religiosidade, lazer.

O trabalho intenso e de muitas horas é prejudicial ao jovem estudante. A ANTJ preconiza uma carga horária de

30 horas semanais ou menos⁶ para as juventudes, contrariamente às 40 horas ou mais relatadas pelos participantes.

A exiguidade temporal pode ocasionar insuficiência de momentos de individualidade e fruição e reduzir as possibilidades de vivências de aspectos importantes da condição juvenil¹⁴.

4- A saúde

A Carta de Otawa¹⁷ estabelece como “condições e recursos fundamentais para a saúde: paz, habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade”

Os participantes relacionaram fortemente saúde com ausência de doença, alimentação, esportes, cuidado com o corpo. Poucos a perceberam como resultado de seus modos de vida, ambiente, políticas públicas, embora tais aspectos tenham emergido de forma indireta e captados durante a aná-

"A exiguidade temporal pode ocasionar insuficiência de momentos de individualidade e fruição e reduzir as possibilidades de vivências de aspectos importantes da condição juvenil¹⁴"

lise. Esta baixa percepção reduz suas chances de intervir em tais aspectos. Segue o sumário dos fatores encontrados no Quadro 1.

Seria altamente transformador se os jovens conseguissem perceber conscientemente a saúde sendo construída em suas ações, nas políticas, nas instituições, nas inter-relações, no meio ambiente.

Conclusão

Na manutenção da tríade, evidenciaram-se situações deletérias à saúde que não se traduzem imediatamente como adoecimento do corpo e se instalam insidiosamente. Há hábitos diários que causam desgastes imperceptíveis em curto prazo, mas com efeitos acumulativos devastadores. Ressaltam-se relações interpessoais ambientais perniciosas para a saúde mental. Os fatores fortalecedores concentram-se mais na formação humana e exercício da cidadania. O equilíbrio das dimensões da vida facilita um viver saudável. É preciso reconhecer que estes jovens formam uma categoria específica e direcionar a eles ações e políticas de saúde que contemplem suas especificidades. 🐣

Referências

1. Carrano PCR, Marinho AC, Oliveira VNM. Trajetórias truncadas, trabalho e futuro: jovens fora de série na escola pública de ensino médio. Educ. Pesqui., São Paulo. 2015;41(sp):1439-1454.
2. Corrochano MC. Jovens no ensino médio: qual o lugar do trabalho? In: Dayrell J, Carrano P, Maia CL (org). Juventude e ensino médio: sujeitos e currículos em diálogo. Belo Horizonte: UFMG; 2014. p. 205-28.
3. Dayrell J, Carrano P. Juventude e ensino médio: quem é este aluno que chega à escola. In: Dayrell J, Carrano P, Maia CL (org). Juventude e ensino médio: sujeitos e currículos em diálogo. Belo Horizonte: UFMG; 2014. p.101-34.
4. Silveira RCP, Ribeiro LC Secco IA Oliveira, Robazzi MLCC. Adolescents who study and work outside their home. Rev. Esc. Enferm. USP. 2012; 46(2):280-6.
5. Graves JM, Miller ME. Reduced sleep duration and history of work-related injuries among washington state adolescents with a history of working. Am J Ind Med, 2015;58:464-471.
6. Ministério do Trabalho e Emprego (BR). Agenda nacional de trabalho decente para a juventude. Brasília: MTE, Segpres, OIT; 2010.
7. Organização Internacional do Trabalho (OIT). Escritório no Brasil, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). Juventude e trabalho informal no Brasil. Brasília: OIT; 2015.
8. Ministério da Saúde (BR). Lei 8.080 (Lei Orgânica da Saúde). Brasília: Senado Federal;1990.
9. Bernadim ML, Ribeiro MR. Juventude, Escola E Trabalho: sentidos da educação profissional integrada ao ensino médio. Educação em Revista. 2016;32(1):211-234.
10. Dayrell JT, Jesus RE. Juventude, ensino médio e os processos de exclusão escolar. Educ. Soc. (Campinas). 2016;37(135):407-423.
11. Cabral ESM, Sena RR. Desgastes na saúde de jovens que trabalham e estudam; uma revisão integrativa. Nursing (São Paulo), 2016; 17(222):1262-1265.
12. Santos AL, Gimenez DM. Inserção dos jovens no mercado de trabalho. Estud. Av. [online]. 2015;29(85):153-168.
13. Horta NC, Sena, RR. A saúde no cotidiano de jovens residentes em um bairro popular de Belo Horizonte, MG, Brasil. Rev Esc Enferm USP (São Paulo), 2011;45(sp2):1673-1678.
14. Lachtim SAF, Soares CB. Trabalho de jovens estudantes de uma escola pública: fortalecimento ou desgaste? Rev Bras Enferm (Brasília) 62(2,):179-186.
15. Thomé LD, Pereira AS, Koller SH. O Desafio de Conciliar Trabalho e Escola: Características Sociodemográficas de Jovens Trabalhadores e Não-trabalhadores. Psic.: Teor. e Pesq (Brasília), 2016,32(1):101-109.
16. Cabral ESM. Juventudes, trabalho e escola: interfaces com a saúde. Belo Horizonte [Doutorado em Enfermagem] – Universidade Federal de Minas Gerais; 2016.
17. Ministério da saúde (BR). As cartas da promoção da saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.

Espiritualidade, enfermagem e saúde do idoso: cuidando da integralidade do ser

RESUMO | O estudo foi delineado com o objetivo de identificar a importância da consideração da espiritualidade na sistematização da assistência de enfermagem pautada na integralidade do ser no cuidado ao paciente idoso. Foi realizada uma revisão bibliográfica sistemática, através da busca de artigos nas bases de dados: LILACS e BDEF. Embora existam problemáticas que interferem na prestação do cuidado espiritual; a espiritualidade apresenta-se como fator contribuinte terapêutico atuando na potencialização das terapias de reabilitação, prevenção, e promoção do bem-estar geral do idoso.

Palavras-chaves: espiritualidade; integralidade em saúde; pessoa idosa.

ABSTRACT | The study was designed with the objective to identify the importance of considering spirituality in the systematization of nursing care based on integrality of being in care for the elderly patient. A systematic bibliographical review was carried out, through the search of articles in the databases: LILACS and BDEF. Although there are problems that interfere with the provision of spiritual care; spirituality presents itself as a therapeutic contributing factor acting in the potentialization of rehabilitation therapies, prevention, and promotion of the general well-being of the elderly.

Keywords: spirituality; health integrality; elderly person

RESUMEN | El estudio fue delineado con el objetivo identificar la importancia de considerar la espiritualidad en la sistematización de la asistencia de enfermería guiada por la integralidad del ser en el cuidado de pacientes ancianos. Se realizó una revisión bibliográfica sistemática, a través de la búsqueda de artículos en las bases de datos: LILACS y BDEF. Aunque hay problemas que interfieren en la prestación del cuidado espiritual; la espiritualidad se presenta como factor contribuyente terapéutico actuando en la potenciación de las terapias de rehabilitación, prevención, y promoción del bienestar general del anciano.

Palabras claves: espiritualidad; integralidad en salud; persona anciana.

Ester Lorrany dos Santos

Graduanda em Enfermagem pela Faculdade Maurício de Nassau (PB) - Grupo Ser Educacional.

Teresa Cristina Rosa Romero Navarine

Enfermeira. Mestra em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), Especialista em Enfermagem em Terapia.

Marta Miriam Lopes Costa

Enfermeira. Mestra em Enfermagem e Doutora em Ciências da Saúde pela Universidade Federal da Paraíba. Professora Titular da Universidade Federal da Paraíba, na graduação e Pós graduação em Enfermagem.

Recebido em: 20/06/2018

Aprovado em: 28/07/2018

Introdução

O cuidado é a atitude designada pelo desvelo, solicitude, atenção, diligência e zelo atribuídos a uma pessoa. É da essência humana a vontade de cuidar e a necessidade de ser cuidado¹. Com isso, a multidimensionalidade do ser humano requer cuidados que alcancem mais que só as necessidades vitais do corpo físico, psíquico e social. O perfeito bem estar vai além do palpável, e integrando-se com a subjetividade, encontra-se na espiritualidade².

O cuidado perde seu valor, quando reduzido a práticas tecnicistas e frias, representado pelo modelo biomédico adotado atualmente, e o ser humano multidimensional perde sua integralidade sendo resumido a um objeto de manipulação³. Vários cientistas no início do séc. XX estavam convencidos de que o avanço da ciência, tecnologia e

racionalidade moderna submergiria a religião e a espiritualidade. Mas, a inquestionável subjetividade do indivíduo encontra-se na relação com o transcendente. Assim, o que para a ciência parecia ser o fim da religião, transformou-se em uma transmutação de religião em espiritualidade⁴.

Os termos religiosidade e espiritualidade habitualmente são confundidos quanto a sua semântica, sendo interpretados como sinônimos. A religiosidade consiste em um sistema organizado de crenças, comportamentos, atitudes, filiadas a alguma instituição religiosa (igreja, comunidade), que interferem primordialmente no domínio da vida com o intuito que o indivíduo alcance ou exercite a sua espiritualidade⁵. A espiritualidade é a principal meta da religião, e apresenta-se através de um conceito mais amplo: "É aquilo que dá às pessoas sentido e propósito

na vida"⁴. "É o estado de ser que se chega por meio da devoção, da religiosidade e da observância"⁵. A espiritualidade gira em torno do relacionamento e bem estar de si para consigo, para com as pessoas e o ambiente, e com o transcendente. A religião é um meio de chegar a esse estado, mas não é determinante para isso.

O envelhecimento além de envolver aspectos biológicos, psicológicos e sociais, é uma experiência única e individual cercada por variáveis determinantes da qualidade desse processo. Em situações de conflito, sofrimento, solidão, que causam interrogações à respeito do sentido dos eventos da vida, e da própria vida pode-se ver a intensificação da prática religiosa e da espiritualidade pelas pessoas idosas⁶.

Nesse contexto, esse estudo justifica-se pela relevância da abordagem integral na assistência de enfermagem à saúde da pessoa idosa, e de sua discussão no meio científico. Portanto, o objetivo é identificar a importância da consideração da espiritualidade na sistematização da assistência de enfermagem pautada na integralidade do ser no cuidado ao paciente idoso.

Metódos

O estudo foi realizado através de uma revisão bibliográfica do tipo sistemática, desenvolvida com a busca de artigos originais, que tiveram idosos como público principal estudado, que apresentassem a temática espiritualidade e sua relação com a saúde da pessoa idosa. A busca de artigos foi direcionada às bases LILACS e BDNF, através da Biblioteca Virtual de Saúde. Foi utilizado como descritores "espiritualidade and saúde"; "espiritualidade and enfermagem" e "espiritualidade and idoso". Os critérios de inclusão: artigos com o texto completo disponível, e data de publicação nos últimos 5 anos (2011-2016). Foram excluídos os artigos repetidos, e que não contribuíam à temática.

A pesquisa resultou em 6 artigos, publicados em revistas com o Web-Qualis A1 a B2, realizados por profissionais/estudantes de enfermagem e/ou medicina. A extração dos dados foi realizada através de metanálise, com a leitura total dos artigos e sistematização das informações.

"O envelhecimento além de envolver aspectos biológicos, psicológicos e sociais, é uma experiência única e individual cercada por variáveis determinantes da qualidade desse processo. Em situações de conflito, sofrimento, solidão, que causam interrogações à respeito do sentido dos eventos da vida"

Discussão

O processo de cuidar deve ser para o profissional enfermeiro o seu enfoque principal. O cuidado holístico é propósito da ciência da enfermagem que está nas mãos do enfermeiro. Entretanto, o tecnicismo presente no modelo assistencial adotado na prática atual

da enfermagem, torna o cuidado limitado, e o ser em cuidados perde muito com isso⁷. "O Ser-Enfermagem tem como objeto assistir às necessidades humanas básicas"⁸. De acordo, com o entendimento da integralidade do ser, uma de suas dimensões que necessitam de cuidados é a espiritual. Assim, a realização do processo de enfermagem deve incluir as informações, diagnósticos, planejamento e intervenções voltados para esta dimensão. Salienta-se que é necessário observar se há demanda para esse tipo cuidado. É necessário também conhecer a visão de mundo e a cultura a qual o cliente pertence⁹. Entretanto, há problemáticas que torneiam a prestação de cuidados espirituais. A falta de compreensão e/ou valorização da importância do cuidado espiritual, a sobrecarga de tarefas aliada à falta de autonomia, questões relacionadas à ética e o déficit na formação dos profissionais.

O avanço da tecnologia e da ciência desperta nos profissionais a supervalorização dos procedimentos altamente mecanizados. Entretanto, o cuidado espiritual é uma tecnologia simples, excluindo o envolvimento de máquinas, e utilizando o natural e terapêutico contato humano. A escuta ativa, o toque terapêutico, o fortalecimento do vínculo profissional-cliente, o atendimento personalizado e humanístico, a transmissão de sentimentos e pensamentos positivos apresentam-se como atitudes simples, mas com alta beneficência no cuidado ao cliente idoso. O reconhecimento da importância desses cuidados é de suma importância para incluí-los na prática assistencial. Entretanto, a falta de autonomia dos profissionais aparece como uma das barreiras na administração desses cuidados. A atuação do enfermeiro de forma acrítica e passiva, como apenas cumpridor das prescrições de outros profissionais é a principal inimiga da autonomia. Com isso, o enfermeiro passa a se ocupar com atribuições diferentes

Tabela 1. Descrição dos artigos.

Título do artigo	Objetivo	Estudo	Ano	Revista de publicação	Resultados
Alcoolismo no contexto familiar: estratégias de enfrentamento das idosas usuárias da terapia comunitária	Identificar estratégias utilizadas por mulheres idosas no enfrentamento ao alcoolismo na família e os depoimentos espontâneos expressados no momento final das rodas de terapia comunitária.	Retrospectivo, do tipo documental.	2012	Revista Rene	A espiritualidade foi apresentada como uma das estratégias de enfrentamento utilizada pelas idosas.
Relationship between mental health and spiritual wellbeing among hemodialysis patients: a correlation study.	Avaliar a relação entre saúde mental e bem-estar espiritual dos pacientes em hemodiálise.	Observacional e transversal.	2014	São Paulo Med J.	O bem-estar espiritual foi o mais forte preditor de saúde mental, sofrimento psíquico, distúrbios do sono e queixas psicossomáticas.
Relationship between mental health and spiritual wellbeing among hemodialysis patients: a correlation study.	Avaliar a relação entre saúde mental e bem-estar espiritual dos pacientes em hemodiálise.	Observacional e transversal.	2014	São Paulo Med J.	O bem-estar espiritual foi o mais forte preditor de saúde mental, sofrimento psíquico, distúrbios do sono e queixas psicossomáticas.
Relationship between mental health and spiritual wellbeing among hemodialysis patients: a correlation study.	Avaliar a relação entre saúde mental e bem-estar espiritual dos pacientes em hemodiálise.	Observacional e transversal.	2014	São Paulo Med J.	O bem-estar espiritual foi o mais forte preditor de saúde mental, sofrimento psíquico, distúrbios do sono e queixas psicossomáticas.
A efetividade da prece na redução da ansiedade em pacientes com câncer.	Avaliar o efeito da prece sobre a ansiedade de pacientes com câncer em tratamento quimioterápico.	Quase experimental do tipo pré e pós-intervenção.	2014	Rev. Esc. Enferm. USP	A prece no exercício da espiritualidade, eficaz na redução de ansiedade de pacientes com câncer em tratamento quimioterápico.
Entre o bem-estar espiritual e a angústia espiritual: possíveis fatores relacionados a idosos com cancro.	Descrever a avaliação do bem-estar espiritual de idosos com cancro, submetidos à quimioterapia, e identificar possíveis fatores relacionados à angústia espiritual.	Metodológico, de validação clínica de diagnósticos de enfermagem.	2014	Rev. Latino-Am. Enfermagem	A avaliação do bem-estar espiritual dos idosos com cancro deve integrar a avaliação global dos pacientes, realizada pelos enfermeiros, pois a angústia espiritual constitui um diagnóstico de enfermagem identificado em 42% da amostra.

das suas e perde o empoderamento da essência de sua prática: o cuidado. Responsabilidades burocráticas ou até mesmo atribuições que não tem papel definido, o enfermeiro acaba se encarregando. Isso ocasiona a sobrecarga de tarefas e a falta de tempo para a realização desses cuidados, visto que o tempo é um recurso primordial para a oferta de cuidado espiritual. Existe também o paradigma ético que relaciona a espiritualidade do profissional e a do cliente. Quando as crenças di-

"É importante salientar que o enfermeiro também deve estar atento a atitudes negativas do cliente quanto à espiritualidade"

ferem, a ética sobressai. O receio do profissional é de que acabe inferindo a sua própria crença sob a do cliente. Entretanto, deve-se usar éticamente de respeito e imparcialidade na prestação do cuidado espiritual. Um estudo realizado com idosos com câncer sugere que o enfermeiro inclua em sua prática assistencial a prece como intervenção ansiolítica¹⁰. Nesse estudo foi utilizada uma forma de oração imparcial focalizando a relação do indivíduo com o transcendente, sem influências religio-

sas. A prece atua como técnica de relaxamento, promove o bem-estar, facilita o enfrentamento do processo saúde-doença, consequentemente proporciona ganhos à saúde do cliente e pode ajudar na adesão ao tratamento¹⁰. As terapias comunitárias integrativas (TCI) também aparecem como importantes práticas de cuidado espiritual ao idoso. Representam redes sociais acolhedoras que permitem o resgate da autonomia, das boas relações interpessoais e no compartilhamento dos pesares da vida. Atuam não só na intervenção, mas na prevenção de problemas psicossomáticos causados pelo mau-estar espiritual¹¹.

O caráter da formação dos profissionais também é fator influenciador na prestação do cuidado espiritual. O déficit educacional nesta área é presente, visto que não se faz presente nas grades curriculares dos cursos de graduação em enfermagem. Isso pode estar relacionado à falta de reconhecimento científico atribuído a esse tipo de cuidado. Um estudo que objetivou descrever a avaliação do bem-estar espiritual de idosos com câncer, demonstrou a falta de capacitação dos enfermeiros em evidenciar a angústia espiritual, um diagnóstico de enferma-

gem autenticado pela North American Nursing Diagnosis Association - NANDA¹². A capacitação dos profissionais de enfermagem na avaliação do bem-estar espiritual é essencial para a inclusão do cuidado espiritual na prática

tamento, ou a passividade mediante o uso da espiritualidade não deve ser incentivado. A espiritualidade deve ser reconhecida como coterapeuta, atuando de forma a auxiliar e potencializar o tratamento.

"O cuidado holístico é propósito da ciência da enfermagem que está nas mãos do enfermeiro"

de enfermagem, que não deixará de ser pautada na ética e rigor científico exigido pela ciência de enfermagem.

É importante salientar que o enfermeiro também deve estar atento a atitudes negativas do cliente quanto à espiritualidade. O abandono do tra-

Conclusão

Os princípios da espiritualidade são de grande relevância para a promoção, prevenção e reabilitação da saúde do idoso. Essa informação contribui para a inclusão de intervenções voltadas ao cuidado da dimensão espiritual desses clientes, a fim de realizar uma assistência pautada na integralidade do ser. O avanço da tecnologia tem aumentando à expectativa de vida dos clientes, mas não tem poder para elevar o nível de qualidade de vida, que constitui o principal foco do cuidado espiritual. A formação de profissionais humanistas, críticos e reflexivos, dinâmicos e ativos e que compreendam as tendências do mundo atual é algo preconizado pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), o que corrobora com a mudança de perspectiva dos profissionais sugerida neste artigo. Sugere-se a aplicação de estudos voltados para o aprofundamento de técnicas com o uso da espiritualidade na prática clínica. 🐦

Referências

1. Boff L. O cuidado necessário: na vida, na saúde, na educação, na ecologia, na ética e na espiritualidade. 2º ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2013.
2. Campos ADS. Saúde e Espiritualidade: o segredo para o perfeito bem-estar. São Paulo, SP: Dracaena, 2011.
3. Bueno FMG, Queiroz MS. O enfermeiro e a construção da autonomia profissional no processo de cuidar. São Paulo, SP: REBEn, 2005.
4. Gonçalves MAS, Santos MA, Pillon SC. Uso de álcool e/ou drogas: avaliação dos aspectos da espiritualidade e religiosos. São Carlos, SP: SMAD, 2014.
5. Levin J. Deus, fé e saúde: explorando a conexão espiritualidade-cura. 1º ed. São Paulo, SP: Cultrix, 2003.
6. Zenevicz L, Moriguchi Y, Madureira VSF. A religiosidade no processo de viver envelhecendo. São Paulo, SP: Rev Esc Enferm USP, 2012.
7. Andrade JS, Vieira MJ. Prática assistencial de enfermagem: problemas, perspectivas e necessidade de sistematização. Sergipe: REBEn, 2005.
8. Horta WA, [com a colaboração de Brigitta E. P. Castellanos]. Processo de Enfermagem. [Reimpr]. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan, 2015.
9. Guerrêro GP, et al. Relação entre espiritualidade e câncer: perspectiva do paciente. Ribeirão Preto, SP: REBEn, 2011.
10. Carvalho CC, et al. A efetividade da prece na redução da ansiedade em pacientes com câncer. São Paulo, SP: Rev Esc Enferm USP, 2014.
11. Filha MOF, et al. Alcoolismo no contexto família: estratégias de enfrentamento das idosas usuárias da terapia comunitária. João Pessoa, PB: Rev Rene, 2012.
12. Caldeira S, Carvalho EC; Vieira M. Entre o bem-estar espiritual e a angústia espiritual: possíveis fatores relacionados a idosos com câncer. Ribeirão Preto, SP: Rev Latino-Am. Enfermagem, 2014.

Nós acreditamos no valor da Enfermagem

O mais completo sistema de acreditação
e valorização da Enfermagem no Brasil

O selo inédito no país vai certificar modelos inovadores em gestão de riscos, segurança e educação, concedido a instituições de saúde e de formação superior, profissionais da Enfermagem, docentes e Conselhos Regionais de Enfermagem.

A Comissão Nacional da Qualidade vai atuar com isenção para motivar práticas de excelência em Enfermagem e garantir a valorização dos profissionais de todo o Brasil.

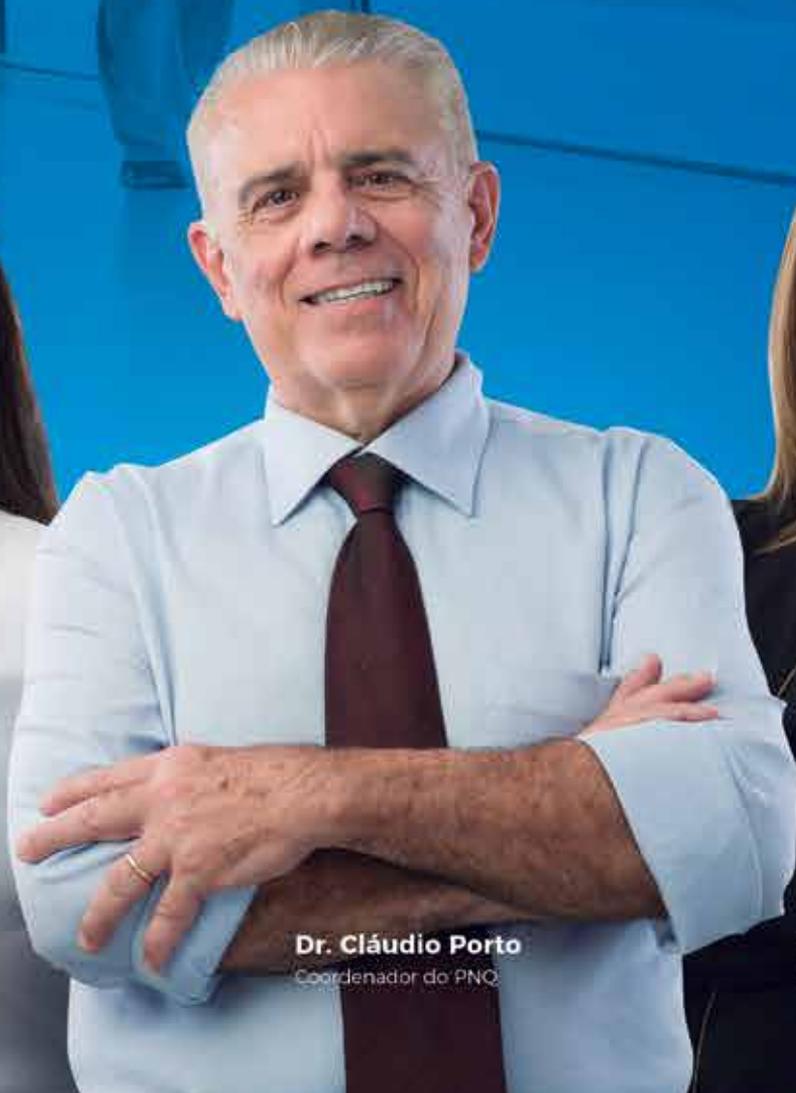
Conheça os especialistas por trás do Programa Nacional da Qualidade e saiba como solicitar a acreditação em www.selocofen.com.br



Dra. Maria Zilda
Membro da CNQ



Dra. Heloisa Helena
Consa. Federal e membro CNQ



Dr. Cláudio Porto
Coordenador do PNQ



Dra. Vanice Costa
Membro da CNQ

Única enzima

Kollagenase contém a única enzima que promove a degradação seletiva do colágeno.^{1,2}

Não agride o tecido saudável

Mesmo o tecido de granulação recentemente formado.^{1,3,4,5,6}



Referências Bibliográficas: 1. Torra i Bou JE, Paggi B. La colagenasa y el tejido desvitalizado en el contexto de la preparación del lecho de la herida. Revista ROL Enf 2013;36(2):109-14. 2. Falanga V. Wound bed preparation and the role of enzymes: a case for multiple actions of therapeutic agents. Wounds 2002;14(2):47-57. 3. Alipour H, Raz A, Zakeri S, Djadid ND. Therapeutic applications of collagenase (metalloproteases): A review. Asian Pac J Trop Biomed 2016;6(11):975-81. 4. Varma AO, Bugatch E, German FM. Debridement of dermal ulcers with collagenase. Surg Gynecol Obstet. 1973;136(2):281-2. 5. McCallon SK, Weir D, Lantis JC 2nd. Optimizing wound bed preparation with collagenase enzymatic debridement. J Am Coll Clin Wound Spec. 2015;6(1-2):14-23. 6. Waycaster CR, Gilligan AM, Milne CT. Pressure ulcer treatment in a long-term care setting: wound bed healing with clostridial collagenase ointment versus hydrogel dressing. Chronic W Care Manag Res.2014;1:49-56.

CONTRAINDICAÇÃO: HIPERSENSIBILIDADE AOS COMPONENTES DA FORMULAÇÃO. **INTERAÇÃO MEDICAMENTOSA:** KOLLAGENASE NÃO DEVE SER UTILIZADA COM ANTISSÉPTICOS. **Kollagenase** colagenase - pomada dermatológica 0,6 U/g, USO TÓPICO. USO ADULTO E PEDIÁTRICO. **INDICAÇÕES:** Como desbridante enzimático para o tratamento de lesões da pele em que é indicado o desbridamento em feridas, úlceras e lesões necróticas em geral; gangrenas de extremidade; lesões por congelamento; condições associadas à difícil cicatrização; queimaduras; previamente ao transplante de pele. **CONTRAINDICAÇÕES:** hipersensibilidade à colagenase ou a qualquer outro componente da formulação. **ADVERTÊNCIAS E PRECAUÇÕES:** Se não houver melhora após 14 dias, consultar seu médico. **CRISTÁLIA - Produtos Químicos Farmacêuticos Ltda.** - Farm. Resp.: Dr. José Carlos Módolo - CRF-SP nº 10.446 - Rodovia Itapira-Lindóia, km14, Itapira-SP - CNPJ Nº 44.734.671/0001-51 - Indústria Brasileira - SAC (Serviço de Atendimento ao Cliente): 0800 7011918 - nº do Lote, Data de Fabricação e Prazo de Validade: Vide Bisnaga/Caixa. **CLASSIFICAÇÃO: VENDA LIVRE** - Reg. MS nº 1.0298.0431. **SE PERSISTIREM OS SINTOMAS, O MÉDICO DEVERÁ SER CONSULTADO.**

KOLLAGENASE É UM MEDICAMENTO. SEU USO PODE TRAZER RISCOS. PROCURE O MÉDICO E O FARMACÊUTICO. LEIA A BULA.